

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.26 NO.1 July. 2008

巻頭言..... 大川 玲子

総説
性同一性障害に似て非なるもの 塚田 攻

原著
ターナー女性における「性と生殖」に関する意識調査
菅沼 信彦, 亀田 知美, 宮家 禎子, 安藤 智子, 小川 正道
女性性機能質問票日本語版(SFQ-J)の計量心理学的評価
大川 玲子, 大石 剛子, 前田 知子, 井 洋一, タラ・シモンズ
性同一性障害(FTMTS)のホルモン療法におけるテストステロン軟膏の有効性の検討
杉山 正子, 亀谷 謙, 河村 洋子
性同一性障害特殊症例に対する「グロミン」の適応 阿部 輝夫
思春期妊娠中絶手術に際しての「親への相談・同意」のあり方 村口 喜代, 東岩井 久
妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係に関する研究 玉熊 和子, 益田 早苗
STD感染の基礎的諸条件に関する調査
第4編 肛門性交についての考察 丸山 治朗, 前野二三代

症例
未完成婚に対するバイアグラの使用経験
——近畿地区研修会から—— 岩佐 厚
当院における中長期(5~22年)未完成婚の症例 山崎 敦子, 山崎 高明

足跡
日本性科学会の履歴書
——JASCTから日本性科学会になるまで—— 野末 源一

特別企画
連載 看護と性 その1—人工妊娠中絶事例の看護
川野 雅資, 茅島 江子, 大谷真千子
臨床の現場から
——女性ホルモン投与の治療を求める男性患者たち—— 針間 克己

書評
性同一性障害と戸籍 阿部 輝夫
カラダと気持ち シングル版 大谷真千子
同性愛者における他者からの拒絶と受容
—ダイアリー法と質問紙によるマルチメソッド・アプローチ 針間 克己

編集後記 TT

巻 頭 言

日本性科学会理事長 大 川 玲 子

日本性科学会雑誌が今年(第26巻1号)も発行にこぎつけ、巻頭言を書くところに来ました。時は北京オリンピックが開幕し、華麗な歴史絵巻の会開式を経て、連日の熱戦が盛り上がっています。国際スポーツの祭典も大きくなるほど政治とのからみは避けがたく、世界は複雑な目で見守っているようです。

第10回アジア・オセアニア性科学会(10thAOCS)は、五輪後の10月16から19日、北京郊外で開催されます。WHOで性は、すべての人の健康、あるいは人権の重要な一部と位置づけられています。中国にはまだ人口対策として一人っ子政策が健在です。94年のカイロ人口開発会議で発信された「リプロダクティブ・ヘルス&ライツ」は、個人の性の健康促進こそが人口対策である、という発想ですが、中国ではまだ「個」より「公」が優先されているふしを感じられます。そのなかで国際性科学会を開催する、北京大学の胡教授をはじめ、中国の仲間たちの努力には敬意を評します。またそれだけに、どんな学会になるか楽しみでもあります。と書きつつ私自身はこの大会での講演準備に頭を悩ましている夏であります。

さて日本性科学会も発足30年余りでゆっくりですが発展し、地歩を固めてまいりました。性科学は分野により温度差はあるものの、どの領域にあっても未だマイノリティです。性の健康を推進するためには、活動や研究の切り口を多様にし、多くの人に仲間になってもらう必要があります。最近の動向としてうれしいことには、日本性機能学会と本学会との交流が活発になってきました。もとより両学会のメンバーである会員、役員もいますが、それぞれの特徴を生かして交流、発展をしていきたいと思います。

本会は性科学のなかでも、性機能障害など個人のセクシュアリティに関する研究、治療が発足以来の主要なテーマであり、プライバシーの保護や会員の高い倫理性が求められます。そのため入会受け入れを慎重にやってきましたし、会員の言動が倫理規定に抵触すると思われる場合には、倫理委員会で審理することもありました。これは会員数増加が遅い原因の一つでもあるかと思います。しかし私は性の健康についてのWHOの基本精神を常にリフレッシュしつつ、地道で確実な学会活動の拡大を指向いたします。それには日本性科学連合(JFS)各団体、その他人文、社会学系を含めた性科学をめざす団体、国際学会などとの交流を通じて学術や意識のレベルを高めていきたいと思っています。また会員それぞれが所属する学会や職能団体でも性科学の活動を拡げることを求めてまいります。

目 次

巻 頭 言	大川 玲子	1
総 説		
性同一性障害に似て非なるもの	塚田 攻	3
原 著		
ターナー女性における「性と生殖」に関する意識調査	菅沼 信彦, 亀田 知美, 宮家 槇子, 安藤 智子, 小川 正道	9
女性性機能質問票日本語版 (SFQ-J) の計量心理学的評価	大川 玲子, 大石 剛子, 前田 知子, 井 洋一, タラ・シモンズ	16
性同一性障害 (FTMTS) のホルモン療法におけるテストステロン軟膏の有効性の検討	杉山 正子, 亀谷 謙, 河村 洋子	27
性同一性障害特殊症例に対する「グロミン」の適応	阿部 輝夫	34
思春期妊娠中絶手術に際しての「親への相談・同意」のあり方	村口 喜代, 東岩井 久	36
妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係に関する研究	玉熊 和子, 益田 早苗	46
STD感染の基礎的諸条件に関する調査		
第4編 肛門性交についての考察	丸山 治朗, 前野二三代	56
症 例		
未完成婚に対するバイアグラの使用経験		
——近畿地区研修会から——	岩佐 厚	61
当院における中長期 (5～22年) 未完成婚の症例	山崎 敦子, 山崎 高明	64
足 跡		
日本性科学会の履歴書		
——JASCTから日本性科学会になるまで——	野末 源	70
特別企画		
連載 看護と性 その1—人工妊娠中絶事例の看護	川野 雅資, 茅島 江子, 大谷真千子	73
臨床の現場から		
——女性ホルモン投与の治療を求める男性患者たち——	針間 克己	77
書 評		
性同一性障害と戸籍	阿部 輝夫	79
カラダと気持ち シングル版	大谷真千子	80
同性愛者における他者からの拒絶と受容		
——ダイアリー法と質問紙によるマルチメソッド・アプローチ——	針間 克己	82
編集後記	TT	83
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		84
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		88
資格認定更新に関する規定		90
投稿規定		92

性同一性障害に似て非なるもの

埼玉医科大学 神経精神科・心療内科
かわごえクリニック ジェンダークリニック担当
塚田 攻

はじめに

これまで、性同一性障害に対する除外診断として、統合失調症などの精神障害によって本来のジェンダー・アイデンティティを否認したり、性別適合手術を求めたりするものではないこと、文化的社会的理由による性役割の忌避やもっぱら職業的利得を得るためではないことなどが挙げられてきた¹⁾。また、性同一性障害の中でも、中核群と周辺群の違いが議論されてきた。しかし、近年、一見して性同一性障害と紛らわしいが、微妙に異なるものの受診が増えてきている。性同一性障害の診断基準を一部満たすため、性同一性障害と混同され易く、鑑別診断に特に注意を要するものである。性同一性障害の身体的治療は、非可逆的なものであるだけに、これらを性同一性障害と見誤らないように、注意を促したい。その主なものを、ICD-10²⁾に沿って、症例を提示しながら解説したい。

性成熟障害 sexual maturation disorder (F66.0)

患者は自分のジェンダー・アイデンティティあるいは性指向の不確かさに悩んでおり、それが不安や抑うつを引き起こしているもの。(性指向における不確かさで悩むこと

が最も一般的であるとされる) 実際には内容的には幅が広い。いくつかの例を挙げる。

症例1: 20代前半。大学生。女性であることへの不快感が主訴。乳房・月経の存在に対する嫌悪感が強い。乳房を切除し、月経を止めたいが、身体的に男性化したいわけではない。ジェンダー・アイデンティティも、男性寄りというよりは中性的でいたいという。全般的なアイデンティティが未成熟という印象はなく、大学生として適応は良好。社会に貢献したいという目的意識をもって専門分野の研究に没頭している。女性として男性から性の対象と見られることを極端に嫌い、女性的な体形であることに嫌悪感を抱き、中性的な存在でいたいと考えているのではないかと推測される。このように適応能力は成熟しており、アイデンティティの未成熟さも目立つほどのことはないが、ジェンダー・アイデンティティのみが不確かであるという例がある。比較的まれである。(症例5と比較していただきたい)

症例2: 20代前半, FTM。大学生。女性であることへの不快感で来院。治療を進めるうちに、男性化願望が明確になってきた。家族関係は非常によく、両親から十分に愛

情を注がれて育って来たと感じている。その両親に心配をかけたくないという気持ちから、異性化願望を抑圧してきた。実際にすべての条件がクリアすれば、ホルモン療法や手術療法を受けて、戸籍を男性に変更したいとの願望を抱いていることが判明。本来は性同一性障害であるが、このケースのように種々の条件が重なって、異性化願望を否認し、抑圧して自分自身でもわからなくなってしまう、治療が進むうちにそのことが徐々に明確になってくる例も認められる。性同一性障害であることが明確になるまでは、このカテゴリーに属することになるであろう。

症例3：30代男性。初診時は、幼少時より性別違和があって、まるでMTFであるかのような生活史を述べた。性別適合手術を受け、戸籍を女性に変更して、男性パートナーと結婚したいという。しかし、何回か通院しているうちに男性パートナーと別れてしまい、そうってしまったからには女性になる意味がなくなったと、治療も中断した。彼がいるからこそ女性になりたかったのであって、今後はどうするかわからない、今は男性でよいという。男性パートナーに対して自分が異性(女性)でいたいという、パートナーの有無によってジェンダー・アイデンティティに動揺が生じてしまうケース。意外と多いのではないかとの印象をもつ。

症例4：20代後半の男性。性指向はバイセクシュアルであるが、相手が男性のときには女性であると自覚し、相手が女性のときには自分は男性になるという具合に、相手が男性か女性かによって、ジェンダー・アイデンティティが揺らいでしまう。

バイセクシュアルではあるが、パートナーに対して異性愛でいようとするケース。男性パートナーに対してもホモセクシュアルとして好意を抱いているという意識はなく、そのときはあくまで女性の意識でいるという。

症例5：10代後半、男性。自分が男性であることに耐えられないと中学生のときから不登校・引きこもり。身体的治療で女性化したいわけではないが、男性として自信がないという男性役割の忌避の例。ジェンダー・アイデンティティが不明確という以前に、人格が未成熟であり、アイデンティティの未成熟さがジェンダー・アイデンティティの未熟さをも包含していると考えてよいであろう。

自我違和的な性指向 egodystonic sexual orientation (F66.1)

ジェンダー・アイデンティティあるいは性嗜好には問題はないが、性に関する心理的及び行動的な障害のために、異性であればよいと望んでおり、性を変更するための処置を求める場合がある。すなわち、性別違和感やパラフィリアの問題はないが、自分の性指向が受け入れられず、異性化願望に発展するものである。同性愛にこの形がみられることがある。反対に異性愛であることに対する違和感が強く、同性愛の形でいたいために性分を変更したいとの願望に発展するということは、理論上はあり得るが、実際のケースとしては経験したことがない。

症例1：30代前半、男性、同性愛。同性愛であることに悩み、自らもホモフォビアがあ

り、自己否定的になる。女性になれば、苦悩は解決するのではないかと来院した。性別適合手術の適応にならないことは承知している。治療を進めるうちに、身体を女性化して外から見れば異性愛になったとしても、自分自身は男性として男性に性指向が向いていることに変化が生じるわけではない、内面まで異性愛化するのではないということがわかり、そのような方法が解決にならないことを理解した。しかし、時折来院しては同性愛としての苦悩を述べ、カタルシスを得ていく。

症例2：20代後半，男性，同性愛。同性愛であることは自分も承知。心から女性になりたいと思っているわけではないが、男性が好きなのだから。女性でいる方が自然でしようという、治療の回数を重ねるうちに、パートナーと結婚したいので、性別適合手術をして戸籍を女性に変えたいと思っていることが判明した。相手の男性も同性愛であり、男性として男性を求めているのに、性別を変えたら嫌われないかと指摘すると迷い始めた。しばらくして来院しなくなった。

このケースでは、同性愛であることは本人も認めている。自らが同性愛であることに強い違和感を抱いているわけではなく、社会通念に迎合して性別を変えようとしたと考えられる。厳密にいうと、ここに分類することが適当であるか否か迷うところである。

性関係障害 sexual relationship disorder (F.66.2)

ジェンダー・アイデンティティあるいは性

嗜好の異常が原因で、性的パートナーと関係をつくったり、維持したりすることが困難なもの。すなわち、性同一性障害であったり、ジェンダー・アイデンティティと身体的性別の不一致があつて、あるいはパラフィリアの問題があつて、性的パートナーと安定的な関係になれないものである。

症例：30代，男性。女性装をすることで性的興奮が得られる。それがないと燃えないと言い、むしろ性的興奮を得る目的で女性装をする。本来は異性愛であり、女性とセックスをしようとする時も女性装をする。しかし、いつも断られ、結局は振られてしまうという。基本的には、下記のフェティシズム的異性装(性嗜好異常に分類される)にあたるが、その形に固執してしまうために、性的パートナーとの関係を構築できない例である。

一般的には、性嗜好異常がある場合には、安定的に性的パートナーを得ることは難しい。性同一性障害の場合は性的パートナーを得ることが困難であるかのように考えがちであるが、性的パートナーを得ているケースの方が多いと考えられる。性的パートナーが作れないことを主訴として受診するケースでは、背景にある要素に注意深く焦点を当てて探る必要がある。

同性愛 homosexuality

実際には同性愛であるが、性指向だけに着眼して自分を性同一性障害であると位置づけてくる場合がある。男性同性愛を例に取ると、自分は男性が好きだから女性だという位

置づけをするが、女性化して生活する気はなく、異性化への動きは全く認められず、社会的にも男性のままでよいと考え、ジェンダー・アイデンティティは男性であると判定されるものが時に見受けられる。(ここに提供したい症例はあったが、症例として提示する許諾が本人から得られなかったため、総論的な解説をした)

注目しなければならないのは、児童思春期の同性愛と性同一性障害との混同である。本人も自分自身が何者であるか迷っている時に、周囲の大人が「身体は女の子だけど、女の子が好きなものだから、心は男の子で性同一性障害」(あるいはその逆)と決め付けてしまい、本人もそのように誤解してしまうケースが多い。性同一性障害の診断に性指向は関与しないことを十分に注意していないと、医師や心理士が関与している場合であっても、誤った判断をしてしまう場合があることを強調しておきたい。

一度、性同一性障害であるといわれてしまうと、それを訂正して同性愛であると受け入れることに対して非常に強い抵抗を生じ、同性愛ではなく性同一性障害であると信じている傾向が、本人のみならず、両親など周囲の人たちにも多く認められる。性同一性障害の生活史を聴取するセッションの際にも「同性愛かと思ってずっと悩んでいたが、性同一性障害だとわかって本当に気持ちが楽になった」という陳述が圧倒的に多い。

未だに蔓延するホモフォビアの影響も大きいのかもしれない。しかし、性同一性障害の診断的見地からは、性別に関する自覚が最も重要なのであって、性的な興味が男女どちらに向いているかという性指向とは関係が

ないことに改めて注目して欲しい。

フェティシズム的異性装 fetishistic transvestism (F.65.1)

性的興奮を得る目的で異性装をするもの。典型的なものは、異性装をすることで性的に興奮し、マスターベーションをしてオルガズムに至る。目的を果たせば異性装の欲求は解消される。基本的には、性嗜好障害に分類されるが、この形から性的興奮が弱くなり、性的興奮を得る目的がなくなり、徐々に性同一性障害に移行していく場合もある。

症例:30代男性。既婚。女性装をすることで、性的興奮を得る。最初はその目的で異性装をしていたが、徐々に性的興奮は薄らいできて、女性化願望が自覚されつつある。妻は、女性装をセックスの際のひとつのプレイとして楽しんでいる面はあったが、夫が普段からスカートをはくように段々となっていく、コスプレ的な衣装から、通常のレディスものを着るようになると、焦りと不安を抱くようになってきた。本人は、妻を異性して見るができなくなりつつあり、セックスもしなくなり、近いうちに妻に性同一性障害が疑われると話したいと言いつけている。フェティシズム的異性装に始まって、徐々に性同一性障害に移行してきた例である。

性同一性障害に移行した上記症例とは異なり、フェティシズム的異性装の状態にとどまり続けるケースも数多くあるものと考えられる。女性のフェティシズム的異性装、すなわち性的興奮を得る目的で男性装をする

というケースにはまだ出会ったことがない。

両性役割異性装 dual-role transvestism (F.64.1)

ICD-10²⁾では、性同一性障害の一型とされている。異性の一員であるという一時的な体験を享受するために、生活の一部で異性の衣服を着用しているが、より永続的な性転換あるいはそれに関連する外科的な変化を欲することは決してないもの。性的興奮を伴ってはいない。フェティシズム的異性装から性的興奮が薄れ、この形に移行してくる例もある。

症例：30代後半。男性。中学生の頃から女性装をして性的興奮を得て、マスターベーションをして終わるという典型的なフェティシズム的異性装の形を取り、10年以上続いていた。23歳の時に結婚し、1年位してこのことを告白した。妻はしばらくの間は、本人が女性装とメイクをしてセックスすることを受け入れてきたが、段々と抵抗が強くなり、女性装をやめて欲しいと言いつつ出した。本人は、女性装によって性的興奮を得るという意味合いは薄れ、女性でいたくなることがあり、女性装をすることでその気持ちが満たされるようになっていた。そのこともあって、どうしてもやめられずにいたところ、32歳の時に離婚になった。その後、性的に興奮する目的で女性装をすることはなくなり、自宅で、一人気ままにしたい時に女性装をして、女性でいたい気分を満たしていた。女性装でいたいという時間も段々と長くなってきた。最近、若い頃に付き合っていた女性と再会し、結婚を迫られている。女性装のことを告白し

たが、彼女は女装趣味と区別がつかず、本人の持っている女性服はすべて捨てて欲しい、自分の服を使ってよいからという。本人は気にいった服でないと駄目で、このまま結婚しても同じことを繰り返すことにならないかと危惧している。フェティシズム的異性装から両性役割異性装に移行し、その段階にとどまっているケースである。

このタイプに属するものは、ほとんどが身体的男性である。女性でいたい時だけ女性装をして、そのことで満足を得て緊張も解消し、気分もすっきりする。この症例のように、異性装をする時間帯を長くしたいとの願望を持ち始めることもある。場合によっては、徐々に女性化願望が本格化してきている印象を与えるようになることもある。ICD-10では永続的な異性化を求めることはないとしているが、この形から典型的な性同一性障害に移行し、ホルモン療法や性別適合手術まで求めるようになる例もある。女性で、一時的な男性化願望を異性装だけで満たそうとする例は、まだ経験したことがない。

おわりに

性同一性障害に似て非なるもののうち、主だったものを概説した。上記に示したように、性同一性障害に紛らわしいものは予想外に多い。日本精神神経学会の性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン³⁾においても、

- ① 性別違和
- ② 反対の性別へ帰属意識
- ③ 反対の性別の性役割を求める

という3項目をもとに、ジェンダー・アイデ

ンティティを判定し、それが身体的性別と不一致であれば、それを広く性同一性障害とするとしている。これは、性同一性障害の中核群と周辺群の区別、トランスジェンダーという表現、インターセックスを治療対象から除外しないなどという配慮からの表現でもあった。ガイドラインの表現も、これらの性同一性障害と紛らわしい疾患の存在に目を向け、注意を喚起するように改めることを検討すべき状況にあるとあってよいであろう。また、当事者たちはジェンダー・アイデンティティを判定するための3要素の一部があれば性同一性障害と自己判断しがちであるが、性同一性障害を疑う場合は、上記3要素すべてが揃っているか否か、安定的にその3要素を満たし続けているかなどを重視すべきである。さらに、特に児童思春期の性同一性障害

の診断に際し、性指向に注目し過ぎて性同一性障害と同性愛の鑑別を見誤ることのないように、再度注意を促しておきたい。

参考文献

- 1) 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第3版)：日本精神神経学会ホームページ
- 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical descriptions and diagnostic guideline, WHO, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文, 小宮山実監訳：ICD-10, 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン。医学書院, 1993)

原 著

ターナー女性における「性と生殖」に関する意識調査

Analyses of Sexual and Reproductive Status in Women with Turner's Syndrome

所 属 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻¹⁾
名古屋第一日赤病院産婦人科²⁾, 小川クリニック³⁾
Department of Human Health Sciences, Kyoto Graduate School of Medicine¹⁾,
Department of Obstetrics and Gynecology, The Japanese Red Cross Nagoya
First Hospital²⁾, and Ogawa Clinic³⁾

著者名 菅沼 信彦¹⁾, 亀田 知美¹⁾, 宮家 槇子¹⁾, 安藤 智子²⁾, 小川 正道³⁾
SUGANUMA Nobuhiko¹⁾, KAMEDA Tomomi¹⁾, MIYAKE Makiko¹⁾
ANDO Tomoko²⁾, OGAWA Masamichi³⁾

抄 録

従来、ターナー症候群 (TS) 女性は絶対的不妊であり、挙児を望むことは不可能であった。しかしながら近年、生殖補助技術の発展により、卵子提供による妊娠・出産が可能となってきた。卵子提供はわが国では現在認められていないが、その適応につき検討が開始されている。そこで我々は、当疾患患者ならびにその家族51人を対象に卵子提供に対する意識調査を行った。卵子提供技術の実際に関しては、TS患者の半数以上がある程度の理解を示した。この技術がわが国においても適応されれば、「利用したい・配偶者が賛成したら利用したい」としたTS患者が94%を占め、一般国民の30%、不妊症患者の27%に比べ、はるかに高率であった。一般論としての当技術の是非についても「認めてよい・条件付きで認めてよい」が86%あり、一般国民 (59%) や不妊症患者 (79%) よりも肯定的であった。また、子が出自を知る権利に関しては、「知る権利がある」としたものがTS患者では63%で、一般国民の36%、不妊症患者の44%より高かった。婚姻している2人においては、海外における卵子提供治療の既往を持ち、1人は児を得ていた。すなわち、TS女性においては、卵子提供を容認し、その実施に期待感をもつ意識が高く、早期の適応を望む声強いものと考えられた。さらに、既婚者あるいは性的パートナーを有する9人を対象に、TS女性の性生活に関する調査を行った。その結果、6人がその性生活に満足してが、種々の不満な点も挙げられ、QOL改善のための方向が示された。

英 文

Recent development of assisted reproductive technology (ART) including oocyte donation (OD) has given a pregnancy possibility to women with Turner's syndrome (TS). Based on that the OD is not permitted in Japan, we surveyed status and opinions in TS females for applying the technology using questionnaire. Summarized results obtained from 51 TS women and their parents indicated that they have not gotten enough information on OD from medical staffs and were wishing to have those. They could accept the OD personally and socially with a concern for children's rights. Since even oversea OD performance was acceptable for them, a national law for the ART should be prepared as soon as possible. Coincidentally with the new ART progress, the consciousness for sexuality in TS women may be changing. Sexual behavior and troubles in TS females having sexual intercourse routinely were also analyzed. In conclusion from our present studies, medical care for sexual and reproductive fields in TS women should be taken to keep a high quality of life further.

緒 言

ターナー症候群 (Turner's syndrome ; TS) は、機能性の正常X染色体が1本しか存在せず、もう1本が欠損しているあるいは異常を示す疾患で、女兒の2,500出生に1例の割合で起こると報告されている^{1,2)}。TSの主症状は低身長³⁾と性腺機能不全であり、初経が発来する例は約20%存在する⁴⁾が、多くの例では原発性無月経あるいは早発卵巢不全 (premature ovarian failure : POF) を示す。自然発来二次性徴をきたす症例においても、自然妊娠の可能性は2-5%のみと報告されており⁵⁾、原始卵胞が消失し、索状性腺⁶⁾となったTS女性が妊娠することは不可能で、「絶対不妊」であった。

近年、生殖補助技術 (assisted reproductive technology: ART) の発展により、「卵子提供」という道が開かれてきた。これは卵子を得ることができなくなった女性において、提供者 (ドナー) の卵子を用いた体外受精-胚移植により妊娠を誘導する方法で、POF患者、卵

巣摘出術後患者、化学療法・放射線治療などによる卵巢機能喪失患者、高齢女性、ならびにTS女性のような卵巢異形成症が適応となる。International Federation for Fertility and Sterility (IFFS) の2007年の調査⁷⁾によれば、回答が得られた世界53カ国中、38カ国 (72%) でこの技術は認められ、実施されている。

すなわち、TS女性においても卵子提供により妊娠・出産が可能となってきている。事実、諸外国においては、多くの成功例が報告されている⁸⁻¹²⁾。しかしながらわが国においては、日本産科婦人科学会の会告において卵子提供は禁止されているが、法的な根拠は存在しない¹³⁾。

我々は、実際にこのARTの適応となるTS患者ならびに家族の意思が、今後のわが国の方針を決めるため最も重要な情報を提供すると考え、卵子提供に関する意識調査を行った。また妊娠・出産が可能になれば、TS女性のQOL向上のために恋愛・結婚・性的関係をどのように改善していくかという点も

考慮していかなければならない。そこで、日常的に性交渉を行っているTS女性より、性生活の実態と満足度を調査した。

対象と方法

1) 対象

生殖補助医療に対するTS症候群患者の意識調査では、我々が治療管理を行っている51例のTS女性ならびにその家族を対象とし、2000年4～7月にアンケートを実施した。調査時の患者年齢は 23.5 ± 9.3 才(平均±標準偏差, 7～44才)で、診断時の年齢は 9.8 ± 5.6 才(0～25才)であった。アンケート回答者は、本人(21才以上)が27人、母親が23人、父親が1人であり、既婚者が4人(結婚年齢は22～27才)存在した。染色体核型は45,Xが13人(25.5%)で、他はモザイク型を示した。

TS女性の性生活に関する調査は、9例(22～40才)の既婚者(4人)あるいは性的パートナーを有する者(5人)を対象に、2006年2～5月に直接聞き取り法にて行った。

2) 調査項目

生殖補助医療に関するアンケート項目は、1999年5月に旧厚生省管轄の厚生科学審議会が公表したアンケート調査に準じた。これは一般国民(4,000人より2,816人の回答を回収、回収率70.4%)と不妊症患者(804人より327人より回収、回収率40.7%)を対象とした「生殖補助医療技術についての意識調査」¹⁴⁾で、その結果と今回のTS女性との差異を比較検討した。

性生活の内容は、「性交回数」、「性交満足度」と「性生活における不満な点」を聴取した。

結果

1) 「卵子提供」に対する理解度(図1)

卵子提供につき「たいへん知りたい」(50人中26人)、「少し知りたい」(20人)と情報の提供を求める意見が90%以上を占めた。それに対し、その内容を理解している割合は、「よくわからない」(24人)と答えた例が51人の半数近く存在した。「卵子提供」について医師より説明を受けた例はほぼ半分で、「何も聞いていない」場合が50人中24人(48.0%)あった。

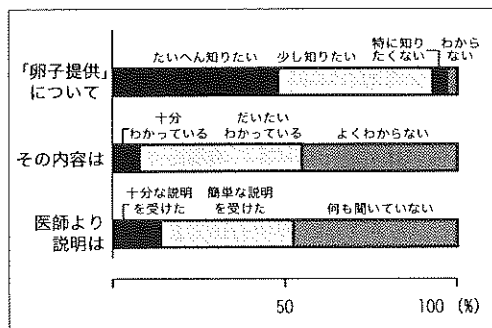


図1 卵子提供に対するターナー症候群患者ならびに家族の理解度

2) 「卵子提供」の利用(図2)

卵子提供というARTを利用する意志があるかどうかの質問に対しては、48人中「利用したい」(10人)、あるいは配偶者が賛成したら利用したい

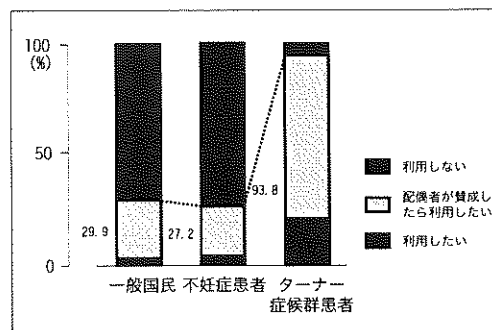


図2 卵子提供の利用

たら利用したい」(35人)と答えた例が90%以上を示し、一般国民(29.9%)や不妊症患者(27.2%)よりもはるかに高率であった。

3) 「卵子提供」の是非(図3)

一般論としての卵子提供に関しても、51人中「認めてよい」(29人)、「条件付きで認めてよい」(15人)とする、ARTを容認する回答が86.3%であり、一般国民の59.2%、不妊症患者の79.0%を上回った。

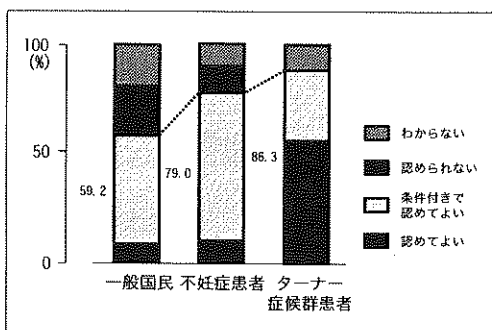


図3 卵子提供の是非

4) 「卵子提供」による親子関係(図4)、出自を知る権利(図5)

親子関係は「以来夫婦の実子」とすべきが50人中43人(86.0%)で、出自を知る権利も認めるべきとする意見(「いつでも知る権利がある」)21人、「成人になったら知る権利が

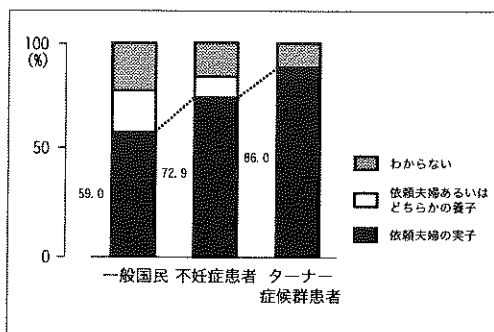


図4 卵子提供による親子関係

ある」9人、婚姻年齢になったら知る権利がある」2人)が回答した51人の62.7%と、一般国民や不妊症患者よりも児に対する積極的な関心が認められた。

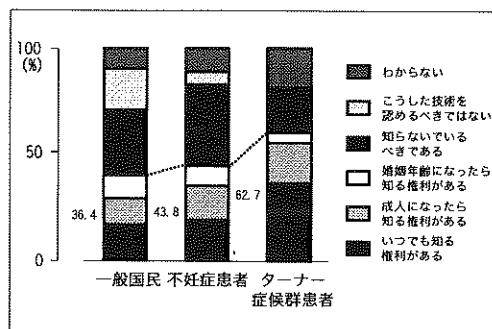


図5 卵子提供における出自を知る権利

5) 海外における「卵子提供」に対する意識と実際(図6)

海外での卵子提供に関しては、「利用したい」(8人)、「配偶者が賛成したら利用したい」(30人)と47人中の約80%が利用の希望を持ち、51人中の42人が「夫婦が希望すればかまわない」とし、80%以上が容認の意思を示した。既婚者の4例のうち2人は海外における卵子提供を受けた経緯を有し、1例が出産を経験していた(詳細は他論文¹⁵⁾を参照)。

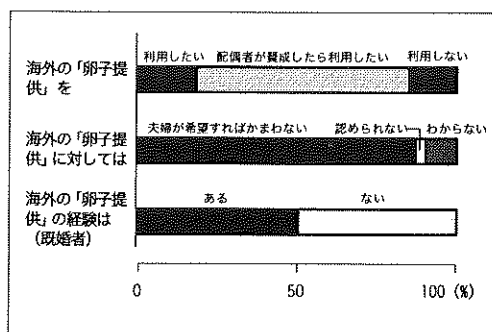


図6 海外における卵子提供に対するターナー女性の意識と実際

6) 性生活の実際と満足度 (図7)

日常の性生活を体験しているTS女性においては、「週数回」(4人)、「月数回」(4人)が多く、6人がその性生活に満足していた。しかしながら性生活に不満な点としては、「性交回数が少ない」、「性交時に痛みがある」、「快感を感じたことがない」、「パートナーが満足しているかどうかが不安」との意見が挙げられた。

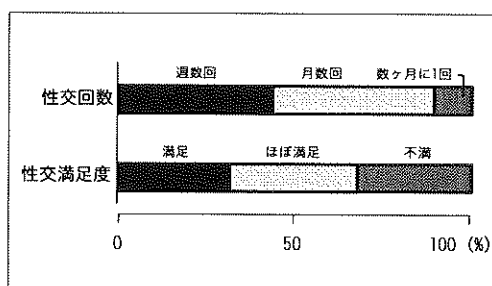


図7 ターナー女性の性生活の実際と満足度

考 察

卵子提供に関するTS患者ならびに家族の意識調査を解析することにより、わが国におけるこのARTの適用に関する患者自身の重要な見解を得ることができた。この結果は2001年11月8日の第6回厚生科学審議会生殖補助医療部会に、TS患者自助グループ(ひまわりの会)代表の岸本委員によって報告された。その結果、同部会は27回の審議の結論を「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」として答申したが、現時点(2008年7月)においても、いまだ法令化に至っていない。報告書の内容の詳細は本論文においては割愛するが、詳細は厚生労働省のホームページ¹⁶⁾から知ることができる。提供者の制限や出自を知る権利などの規定に種々の問題点は挙げられるが、

ARTに関する法令化が行われていない国が全世界でほぼなくなった¹⁷⁾今日、真に困惑している医療現場や患者のためにも、国としての早期の対応が必要であることは言うまでもない。

TS女性においては、卵子提供により十分な妊娠率(23~69%)が得られる⁸⁻¹²⁾が、多くの問題点も指摘されている。一つは40~60%という高い流産率である。この原因は、(1)子宮が未熟であり子宮血流が不足している⁵⁾、(2)子宮内膜の着床能が低下している¹⁸⁾、(3)内膜上皮のtight junctionが欠如している¹⁹⁾、(4)自己免疫異常が存在する²⁰⁾、などが考えられる。もう一つの問題は妊娠合併症が頻発することにある。心血管障害は10~44%にみられ、先天性大動脈および二尖弁狭窄症²¹⁾、大動脈離断²²⁾、高血圧症などが認められる。また炭水化物代謝が障害されたり、狭骨盤により帝王切開術が必要となる場合も多い。

このようにTS女性の「生殖」は大きく変わりつつある。挙児の希望が現実味を帯びた今、そのQOLを高めるためにも、「性」の問題を避けて通る訳にはいかない。従来TS女性は、体型や絶対的不妊であることなどから恋愛体験や結婚に消極的な傾向にあった^{23,24)}。ARTの適用によりこの行動に変化が起こる可能性もあり、TS女性の真の性意識を理解する必要がある。今回の我々の性生活に関する調査結果は初期的なものであり、今後、さらに詳細な解析を計画中である。

結 論

TS女性においては、卵子提供を容認し、その実施に期待感をもつ意識が高く、早期の

適応を望む声が強いのと考えられた。同時に、性意識の変化の可能性もあり、今後の性的QOL改善の検討が必要であると思われる。

謝 辞

アンケートならびに聞き取り調査にご協力いただいたターナー女性ならびにご家族の方々に、心より感謝いたします。

本論文の一部は、第45回日本不妊学会、第53回日本産科婦人科学会、第35回日本小児内分泌学会、第12回臨床内分泌代謝：Update、第36回日本小児内分泌学会ランチョンセミナー、第4回ターナー症候群近畿ネットワーク、第26回日本性科学学会にて発表した。

文 献

- 1) Turner HH: A syndrome of infantilism, congenital webbed neck and cubitus valgus. *Endocrinology* 23: 566-568, 1938
- 2) Ford CE, Jones KW, Polani PE: A sex chromosomal anomaly in a case of gonadal dysgenesis (Turner's syndrome). *Lancet* 1: 711-713, 1958
- 3) Ranke MB, Grauer ML: Adult height in Turner syndrome.; results of a multinational survey. *Horm Res* 42: 90-94, 1993
- 4) Hibi I, Tanae A: Final height in Turner syndrome with and without gonadal function. In: Turner syndrome. Rosenfeld RG, Grumbach MM (eds), Marcel Dekker Inc, New York, pp163-174, 1990
- 5) Hovatta O: Pregnancies in women with Turner's syndrome. *Ann Med* 31: 106-110, 1999
- 6) Rosenfield RL: Spontaneous puberty and fertility in Turner syndrome. In: Turner syndrome. Rosenfeld RG, Grumbach MM (eds), Marcel Dekker Inc, New York, pp131-144, 1990
- 7) Jones HW Jr, Cohen J: IFFS Surveillance 07. *Fertil Steril* 87 (Suppl 1): S1-67, 2007
- 8) Press F, Shapiro HM, Cowell CA, Oliver GD: Outcome of ovum donation in Turner's syndrome patients. *Fertil Steril* 64: 995-998, 1995
- 9) Yaron Y, Ochshorn Y, Amit A, Vovel I, Kogosowki A, Lessing JB: Patients with Turner's syndrome may have an inherent endometrial abnormality affecting receptivity in oocyte donation. *Fertil Steril* 65: 1249-1252, 1996
- 10) Khastgir G, Abdalla H, Thomas A, Korea L, Latarche L, Studd J: Oocyte donation in Turner's syndrome: an analysis of the factors affecting the outcome. *Hum Reprod* 12: 279-285, 1997
- 11) Foudila T, Söderström-Anttila V, Hovatta O: Turner's syndrome and pregnancies after oocyte donation. *Hum Reprod* 13: 483-490, 1999
- 12) Karnis MF, Zimon AE, Lalwani SI, Timmreck LS, Klipstein S, Reindollar RH: Risk of death in pregnancy achieved through oocyte donation in patients with Turner syndrome: a national survey. *Fertil Steril* 80: 498-501, 2003
- 13) 菅沼信彦：配偶子提供，最新 生殖医療－治療の実際から倫理まで－，名古屋大学出版会，名古屋，pp100-122，2008

- 14) http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1105/h0506-1_18.html
- 15) 小川正道, 森理, 上條隆司, 安藤智子, 上條浩子, 菅沼信彦, Paulson R: 卵子提供により拳子に成功したターナー症候群の一例. ホルモンと臨床 53: 831-835, 2005
- 16) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/0111/s1108-1.html>
- 17) 菅沼信彦: 法律とガイドライン, 最新生殖医療—治療の実際から倫理まで—, 名古屋大学出版会, 名古屋, pp138-149, 2008
- 18) Larizza D, Zelaschi F, Vitali L, Lorine R: Autoantibodies in children and adolescents with Turner syndrome. Horm Res 41: 236, 1994
- 19) Rogers PA, Murphy CR, Leeton J, Hoise MJ, Beaton L: Turner's syndrome patients lack tight junctions between uterine epithelial cells. Hum Reprod 7: 883-885, 1992
- 20) Vanderschueren-Lodeweyckx M: Autoimmunity in Turner's syndrome. In: Turner's Syndrome in a Life Span Perspective. Albertsson-Wikland K, Ranke MB (eds), Elsevier Science BV, pp267-273, 1995
- 21) Saenger P: Turner's syndrome. N Engl J Med 335: 1749-1754, 1996
- 22) Nagel TC, Tesch LG: ART and high risk paients! Fertil Steril 68: 748-749, 1997
- 23) Suzigan LZC, Paiva e Silva RB, Lemos Marini SHV, Baptista MTM, Guerra Jr G, Alberto Magna L, Maciel Guerra AT: Turner syndrome: the patients' view. J Pediatr 80: 309-314, 2004
- 24) Carel J-C, Ecosse E, Bastie-Sigeac I, Cabrol S, Tauber M, Leger J, Nicolino M, Brauner R, Chaussain J-L, Coste J: Quality of life determinants in young women with Turner's syndrome after growth hormone treatment: Results of the StaTur population-based cohort study. J Clin Endocrinol Metab 90: 1992-1997, 2005

原 著

女性性機能質問票日本語版 (SFQ-J) の計量心理学的評価

Psychometric validation of Sexual Function Questionnaire Japanese version (SFQ-J-v1)

国立病院機構千葉医療センター産婦人科
Department of Obstetrics and Gynecology, National
Hospital Organization Chiba Medical Center
大川玲子 Reiko Ohkawa

ファイザー株式会社 (試験当時),
パブリックヘルスリサーチセンター (財) (現職)
Pfizer Japan Inc.(when research conducted),
Public Health Research Foundation (current)
大石剛子 Takeko Oishi

Ophthalmology, Pfizer Inc., LaJolla, CA, USA
前田知子 Tomoko Maeda

ファイザー株式会社デベロプメント・オペレーション統括部
Clinical Research, Pfizer Global Research and
Development, Pfizer Japan Inc
井洋一 Yoichi Ii

Worldwide Outcomes Research, Pfizer Ltd, Sandwich, Kent, UK
タラ・シモンズ Tara Symonds

抄 録

はじめに：女性性機能障害 (Female Sexual Dysfunction; FSD) は、生物学的、心理学的さらに関係性など多面的で多くの因子に関連して生じる障害であり、その研究には女性性機能を客観的、数量的に評価する質問票が有用な手段である。女性性機能の評価は男性のそれに比べて複雑であるため、質問票の標準化も困難であるが、欧米ではすでに数種の女性性機能質問票が定着している。日本ではまだこの種の研究は少ないが、筆者らは Sexual Function Questionnaire (SFQ) 日本語版 (SFQ-J-v1) の開発を開始し、すでにその言語的妥当性について検討を加え、修正版を作成した。本研究の目的はその計量心理学的特性の検討であり、ひいては日本女性の性機能障害研究

に有用なツールを開発することである。

方法：2003年6月から2004年3月の期間に、140名の日本人女性（性機能障害の女性とそうでない女性）にSFQ-J-v1とともに、日本語版Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）、および生活満足度調査（Fugel Myer Life Satisfaction Checklist; LiSat）への回答を依頼し、両群を比較検討した。

結果：日本語版SFQは因子解釈や妥当性、信頼性において、さらなる検討が必要な箇所はあるものの、原本である英語版とほぼ同様の計量心理学的特性を示した。

結論：SFQ-J-v1は、日本女性の性機能障害の診断や治療評価に際し有用であると判断された。

Abstract

(Introduction) Female Sexual Dysfunction (FSD) is a multicausal and multidimensional disorder associated with biological, psychological and interpersonal determinants. Standardization of questionnaires in this area is challenging, due to the complexity of evaluating female sexual functions compared to that of male. But despite this, female sexual function questionnaires have taken hold in the West. In Japan, research on the topic is still rare, but the authors have started the development of a Japanese version of the Sexual Function Questionnaire, and have already completed its linguistic validation, creating an updated version (SFQ-J-v1).

(Aim) This study, which evaluated the psychometric properties (validity and reliability) of the Japanese version of Sexual Function Questionnaire (SFQ-J-v1), is expected to provide a useful tool for the research field in Japan.

(Methods) A total of 140 Japanese female subjects (FSD and non-FSD) were recruited from June 2003 to March 2004. The subjects were asked to complete the SFQ-J-v1, Japanese version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Fugl-Meyer Life Satisfaction Checklist (LiSat). The data were used to evaluate the validity and reliability of SFQ-J-v1.

(Results) The SFQ-J-v1 demonstrated nearly similar psychometric properties as the original UK English version, although further investigations are desired for evaluation of factor structures and some elements of validity and reliability.

(Conclusions) The SFQ-J-v1 was determined to be a useful tool in diagnosis and treatment evaluation of Japanese women with sexual dysfunction.

English Key words: Japanese version of Sexual Function Questionnaire (SFQ-J-v1), Female Sexual Dysfunction, Japanese, Questionnaire, Psychometric validation

キーワード：女性性機能質問票, SFQ, 女性性機能障害, FSD, 妥当性研究, 計量心理学的検討

English Key words: Japanese version of Sexual Function Questionnaire (SFQ-J-v1), Female Sexual Dysfunction, Japanese, Questionnaire, Psychometric validation

緒 言

女性性機能障害 (Female Sexual Dysfunction; FSD) は、生物学的、心理学的さらに関係性など多面的で多くの因子が関連して生じる。特に男性の性機能障害に比べて、パートナーとの関係性の影響が大きいことを示す論文が相次いで報告されている¹⁾。

FSDの構造が複雑であることは、FSD研究を困難にする大きな要因である。米国、ヨーロッパをはじめ各地から、FSDが高頻度にみられ女性のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) に影響を与えている、と多数報告されている²⁻⁴⁾ものの、それ以上の研究が進んでいない、というのが現状である。

FSD研究には女性の性機能の複雑性を十分カバーして、客観的、数量的に評価する質問票が有用かつ必須と思われる¹⁾。

Female Sexual Function Questionnaire (SFQ) は、女性性機能障害を多面的に、特に性的興奮障害 (female sexual arousal disorder; FSAD) を客観的に評価すること、および当事者サイドに立つことを意図して作製されたFSDの質問票である⁵⁾。質問票は簡潔で、表現がわかりやすく、結果の分析もしやすいものでなければならないが、何よりも女性性機能を正確に、過不足無く反映することが肝要である。

日本ではFSDの発生状況についていくつかの報告が見られる⁶⁻⁹⁾。市川ら⁶⁾は勃起障害 (Erectile dysfunction; ED) に対するクエン酸シルデナフィルの効果を検討する研究に関連して、女性パートナーの性機能を調査

し、28才から83才 (平均49.9±14.3才) の健康な女性パートナーのうち46.7% (N=30) がFSDであると判定した。また佐藤⁷⁾および永尾ら⁸⁾が同様な条件で調査したところ、それぞれFSDが19% (N=37)、20% (N=24) であった。また、荒木ら⁹⁾が行った40才から79才の配偶者のある男女のセクシュアリティ調査では、女性の32.3% (N=415) がオルガズム障害であり、60.6% (N=429) が性交痛を経験していた。これらの報告は、日本においてもFSDは重要な問題であり、さらなる研究が待たれることを示している。

日本ではFSDについての信頼性のある評価法が確立していないことから、我々はSFQ日本語版の開発を試みた。調査票の日本語版開発には一般的に、言語学的妥当性の検討と計量心理学的検討の2段階が必要とされている¹⁰⁻¹²⁾。SFQ日本語版開発において、前者についてはすでに本誌¹³⁾他で発表した。今回は後段の計量心理学的研究について報告する。

研究目的

日本語版SFQ (SFQ-J-v1) の計量心理学的評価 (妥当性及び信頼性) を行い、日本におけるFSD研究の一助とする。

研究方法

1. 質問票, Sexual Function Questionnaire (SFQ) について

英国のファイザー社が開発した本質問票は、DSM-IV-TR分類¹⁴⁾やAFUD (American

Foundation for Urologic Disease (AFUD) definition) の定義²⁾に基づく性反応の過程(性欲, 性的興奮, オルガズム)と性的疼痛が全て含まれており, 性反応における身体的, 精神的, 認知的側面を評価することができる。ここに含まれる項目については, 82名の女性(うち22名がFSD患者)を対象とした半構造化面接の結果より検討され, 臨床的にも適切であることが心理学, 生理学, 婦人科学, 内科学, FSD治療の専門医により確認されている。さらにSFQは約900例による計量心理学的検討により, FSDの識別妥当性, 再テスト法による信頼性, 内的整合性と感度について評価されている。

英語版SFQにおける性機能は次の7因子(ドメイン)で成り立っている。すなわち性欲(Desire), 感覚的性興奮(Arousal sensation), 身体的性興奮(Arousal lubrication), オルガズム, 性的疼痛, 楽しみ(enjoyment), パートナーである。本研究対象の日本語版SFQ-J-v1は, SFQの改良過程で認知的性興奮(cognitive arousal)を加えた8ドメインとなっている。また, 3項目の質問が追加され, 一つは全体的な性の満足感を尋ねるもので, 他の二つは新設のドメイン, 認知的性興奮(cognitive arousal)に関わるものである。

2. 調査対象

FSDとすでに診断された患者, およびFSD以外の婦人科受診患者(Non-FSD)の被検者の選出は8施設で行った。対象者の基準を「20才から69才, 男性パートナーと一ヶ月以上の性的関係があり, 調査内容を理解したボランティア女性」とした。FSD群の条件は「DSM-IV-TR¹⁴⁾ 基準により, 性的欲求の

障害, 性的興奮障害, オルガズム障害, 性的疼痛障害の状態が6ヶ月以上続いている者」である。

ただし, 次の条件にあてはまる場合は対象から除外した。1) 乳癌, 子宮癌その他重篤な疾患の既往がある者。2) 12ヶ月以内に精神疾患の治療を受けた者。3) 男性パートナーが性機能障害で治療を受けている者。またFSD群からは1) 関係性に困難を感じているが, 性機能障害とは関係が無い者, および2) Life Satisfaction Scale (LiSat)¹⁵⁾において性的満足が4点以上。Non-FSD群では, 1) DSM-IV-TRにおけるFSDの状態が6ヶ月以上続いている場合, 2) LiSatの性的満足スコアが4点以下の場合である。

2003年6月から2004年3月の間に東京都内8施設で140名が選出された。調査協力者である医師または臨床心理士が, それぞれ診療施設の外来で本調査への適否を判断し, 対象者に調査の説明を行い, 文書で同意を得た。スクリーニング面接では, 年齢, 身長, 体重, 現病歴, 既往歴と合併症などの情報を得た。閉経後の被験者には更年期の症状や閉経後の年数を尋ねた。同時にLiSatの記入も依頼した。

3. 妥当性 validity に関する方法 (初回調査)

初回調査に際し, 調査協力者は被検者に, すべての質問票, すなわちSFQ-J-v1, LiSatおよびHospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 日本語版の回答方法について説明した。被験者はこれらを持ち帰り, 自宅などおちつける場所で回答し, 面接から5日以内に投函し郵便で返送するよう依頼された。

4. 信頼性reliabilityに関する方法(再テスト)

初回テスト終了の2週間後、再テスト用セット(SFQ-J-v1, LiSatほか2週間の間に治療や体調などの変化の有無を問う質問)を送付した。この再テストへの回答にも初回同様の返送を依頼した。

5. 統計解析

1) 症例数の検討

目標症例数はFSD, Non-FSDそれぞれ85例であった。この症例数は実施可能性を考慮し設定したが、FSDおよびNon-FSDの識別に十分な検出力を与えると予測された。欧米で使用されたSFQ原版では、FSD, Non-FSDとの差が最も小さかった「性交痛」ドメインで、両者の差は 2.5 ± 3.2 (標準偏差)であった。あるドメインでの差が2.5、標準偏差が3.2とした場合、90%の検出力で差を検出するには、各群34例が必要である。しかしながら一般に日本人は極端な回答を避ける傾向があると言われることから、仮に差を2.5の70% (1.8)、標準偏差を3.2とすると、90%検出力を得るには各群69例が必要となる。これらから、2群間を識別するために各群85例は十分な例数であると考えられた。またSFQは全ての年齢層の成人女性で利用されることが考えられることから、20代、30代、40代、50代、60代の各年代で同じ割合を組入れることを目標とした。

2) データの得点計算

SFQ-J-v1とHADSのドメイン・スコアは、各ドメインに含まれる項目のスコアの単純総和である。LiSatは制作者の指示に従い個人スコアを算出した。回答の無い項目がある

場合には、その項目を含むドメイン・スコアを欠測値とした。欠測値についてはデータの補完を行わなかった。LiSatの各項目についても同様の取り扱いを適用した。

3) 妥当性、信頼性の評価

因子妥当性

性機能のドメイン構造に関する仮説評価のため、因子分析を行った。初回テストのデータを用い、最尤法による主因子法ならびにvarimax回転を適用して評価を行った。潜在的因子の選択では固有値が1以上、項目の選択では因子負荷量が0.3以上を、それぞれの基準とした。

構造的妥当性

構造的妥当性(構成概念妥当性)とは、質問票が関心のある構成概念をどれだけ正確に反映しているかの指標である。収束的妥当性および識別的(弁別的)妥当性は、HADSスコア(不安尺度、抑うつ尺度)およびLiSatの各項目と、SFQとの相関により評価した。HADSについては、SFQとの関連性が弱いことを確認するために使用した。LiSatについては、パートナーとの関係あるいは性生活と直接関係する項目とSFQとの相関が、それ以外の項目とSFQとの相関より高いとする仮説の確認を目的とした。また、SFQのドメイン間の相関についても調査した。

識別力的妥当性

質問票により、異なる疾患状態を識別できるかどうかを、FSD群とNon-FSD群の比較により評価した。比較ではSFQの各項目および各ドメインのスコアについて、2標本t

検定を用いた。また、群間差の点推定値および95%信頼区間を算出した。

内的整合性

質問票の項目間の内的整合性はCronbachの α 係数により評価した。解析はFSD群とNon-FSD群を統合した場合と群別の二通りで行い、初回テストおよび2回目のテストデータを用いた。

再テスト信頼性

再現性は再テスト法により評価した。初回および2回目のテストデータを用いて、各項目については重みつき κ 係数、各ドメインについては級内相関係数を、それぞれ算出した。なお、性生活が変化した(初回と2回目のLiSatの「性生活」のスコアが1以上異なる)と報告した症例および欠測値のある症例は解析から除外した。

結 果

スクリーニング面接を行った140名のうち、1名は調査参加を辞退し、3名は除外基準に該当したため、136名が分析の対象となった。表1に、対象者の概要を示す。Non-FSD群はFSD群に比べて対象者の年代分布は均等であった。平均年齢は、FSD群; 36.4 $\pm$ 10.3才、Non-FSD群; 43.1 $\pm$ 13.1才と、FSD群の方が若かった。FSDの診断内容としては性的疼痛障害が主な障害であり、55.6%を占めていた。

因子分析

表2に因子分析を示す。解析対象は、

無回答と「該当せず」を除いたすべての回答者、FSD群28、Non-FSD群35の計63名である。第1因子は「性的疼痛」、第7因子は「身体的性興奮」に一致が見られた。第2因子の各項目は「楽しみ」のドメインに含まれているが、この6項目中2項目の因子負荷量は低かった(0.09および0.07)。第4因子は「オルガズム」と、第5因子は性欲ドメインとして妥当であった。第8因子は「感覚的性興奮」ドメインとしてはほぼ妥当であったが、設問8「性行為を行ったとき、膣・性器などにどの程度はてる感じがしましたか?」の因子負荷量は低かった(0.15)。「認知的性興奮」と「パートナー」のドメインでは期待した因子構造が認められなかった。

構造的妥当性

表3はHADSとLiSatとの相関を示す。HADSとの相関係数は、予期どおりすべて0.30以下であった。LiSatの性生活関連質問

表1 対象者の概要

		FSDの有無 対象者数	FSD 54*	Non-FSD 82
年齢(才)	数(%)	<30	17 (31.5)	18 (22.0)
		30-39	20 (37.0)	15 (18.3)
		40-49	8 (14.8)	17 (20.7)
		50-59	8 (14.8)	22 (26.8)
		60-69	1 (1.9)	10 (12.2)
	Mean (SD)		36.4 (10.3)	43.1 (13.1)
体重(kg)	Mean (SD)		48.7 (5.4)	52.8 (7.3)
Body Mass Index	Mean (SD)		19.6 (1.8)	21.3 (2.8)
身長(cm)	Mean (SD)		157.7 (5.8)	157.4 (5.5)
病歴	N (%)	以前にあり	22 (40.7)	25 (30.5)
		現在あり	29 (53.7)	39 (47.6)
薬物治療	N (%)	以前にあり	33 (61.1)	48 (58.5)
		現在あり	29 (53.7)	33 (40.2)
非薬物治療	N (%)	以前にあり	28 (51.9)	7 (8.5)
		現在あり	28 (51.9)	7 (8.5)
FSDの分類	N (%)	性欲低下障害	17 (31.5)	
		性的興奮の障害	7 (13.0)	
		オルガズム障害	0	
		性的疼痛障害	30 (55.6)	

* 体重、BMIのN=53 (1名のデータが無いため)

表2 因子分析 (主因子および Varimax 回転) *

SFQ ドメイン		Factors							
質 問 項 目		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
1. Desire (性欲)	Q1: 性行為を楽しく思い描いた頻度	0.18	0.14	0.07	0.15	0.83	0.19	0.23	0.01
	Q2: 触れられたいと感じた頻度	0.07	0.42	0.19	0.07	0.66	-0.04	0.16	0.25
	Q3: 性行為をしたいと思った頻度	0.12	0.08	0.31	0.15	0.56	0.18	0.18	0.20
	Q4: パートナーを性行為に誘った頻度	0.06	0.17	0.22	0.05	0.36	0.11	0.11	0.05
	Q15: 挿入を伴う性行為の頻度	0.12	0.10	0.82	-0.05	0.10	0.08	0.14	0.06
	Q28: 性生活を振り返り、性行為をしたいと思った頻度	0.17	0.42	0.29	0.24	0.27	0.13	-0.02	0.31
2. Arousal-Sensation (感覚的性興奮)	Q7: 性行為で膣や性器にはてる感じがした頻度	0.11	0.22	0.22	0.09	0.16	0.50	0.16	0.60
	Q8: 性行為で膣や性器にはてる感じがした程度	0.06	0.18	0.11	0.12	0.10	0.86	0.12	0.15
	Q9: 性行為で膣や性器がうずくように感じた頻度	-0.09	0.27	0.22	0.33	0.13	0.19	0.21	0.71
	Q10: 性行為で膣や性器がうずくように感じた程度	0.03	0.15	0.16	0.52	0.27	0.15	0.22	0.35
3. Arousal-Lubrication (身体的性興奮)	Q11: 性行為で膣や性器に濡れを感じた頻度	0.05	0.23	0.21	0.22	0.14	-0.01	0.85	0.12
	Q12: 性行為で膣や性器に濡れを感じた程度	0.14	0.11	-0.17	0.12	0.22	0.21	0.86	0.09
4. Arousal-Cognitive (認知的性興奮)	Q13: 性行為で感情の高まりを感じた頻度	0.15	0.30	0.37	0.41	0.19	0.23	0.27	0.27
	Q14: 性行為で感情の高まりを感じた程度	0.09	0.46	0.04	0.35	0.26	0.33	0.24	0.11
5. Enjoyment (楽しみ)	Q6: 性的な触れ合いや愛撫を心地良く感じた頻度	-0.24	0.71	0.24	0.07	0.28	0.20	0.15	0.18
	Q16: 挿入や性行為を楽しめた程度	0.24	0.43	0.34	0.09	0.20	0.42	0.11	0.15
	Q20: 挿入以外の性行為を楽しめた程度	0.01	0.09	-0.01	0.13	0.09	-0.02	0.01	0.07
	Q21: 性行為でパートナーを親密に感じた頻度	-0.10	0.91	0.14	0.07	0.05	0.09	0.15	0.09
	Q23: 性行為で充実した快い感じの頻度	0.33	0.47	0.33	0.23	0.17	0.31	-0.02	0.06
	Q27: セックス・パートナーとして自信を持った程度	0.48	0.07	0.36	0.19	0.27	0.14	0.05	0.24
6. Orgasm (オルガズム)	Q24: 性行為でオルガズムを感じた頻度	0.04	0.03	0.15	0.83	0.02	-0.07	0.28	0.14
	Q25: オルガズムで得た快感の程度	0.09	0.10	-0.10	0.77	0.14	0.28	-0.01	0.02
	Q26: オルガズムに達しやすかった程度	0.13	0.08	0.13	0.29	0.13	0.11	0.11	0.12
7. Pain (性的疼痛)	Q17: 性行為に関連した痛みの頻度	0.92	-0.03	0.01	0.09	0.14	0.01	0.08	0.00
	Q18: 性行為に関連した痛みの程度	0.94	0.00	0.03	0.07	0.01	-0.05	0.10	-0.03
	Q22: 性行為での痛みを心配した頻度	0.76	-0.17	0.12	-0.14	0.06	0.34	-0.01	0.03
8. Partner (パートナー)	Q30: パートナーが他の人と性関係を持つ心配の程度	0.28	-0.12	0.02	0.09	-0.20	0.16	-0.20	-0.01
	Q31: パートナーが性生活に嫌な感じを持つという不安	0.45	0.01	0.18	0.13	0.02	0.36	0.16	0.04
Not in domain (ドメイン外項目)	Q5: パートナーから愛撫された頻度	-0.01	0.28	0.78	0.17	0.11	0.13	0.23	0.16
	Q19: 挿入を伴わない性行為の頻度	0.07	0.00	0.19	-0.15	0.22	-0.09	0.01	0.01
	Q29: 自分の性反応にがっかりした頻度	0.24	-0.18	0.03	-0.00	0.02	0.21	0.39	0.11
	Q33: 快適な性生活の重要性	0.03	0.42	-0.05	-0.20	0.34	-0.17	0.09	0.30
	Q34: 性生活全般の満足度	0.27	0.10	0.46	0.06	0.09	0.48	0.18	0.14

*因子は固有値1以上、項目選択では Factor loading (因子負荷量) 0.3以上を基準 (太字) とした。

表3 Life Satisfaction Checklist (LiSat) と HADS との相関 (FSD および Non-FSD) *

		SFQ ドメイン							
		性欲	感覚的 性興奮	身体的 性興奮	認知的 性興奮	楽しみ	オルガズム	性的疼痛	パートナー
LiSat	生活全般	0.07	0.17	0.06	0.14	0.23	0.26	0.25	0.24
	性生活	0.19	0.46	0.39	0.44	0.37	0.47	0.53	0.37
	パートナーとの関係	0.24	0.26	0.18	0.22	0.37	0.25	0.18	0.21
	家族との生活	-0.01	0.22	0.07	0.09	0.12	0.24	0.13	0.07
	友人や知人とのつきあい	0.04	0.18	0.15	0.17	0.10	0.16	0.13	0.20
	余暇の状況	0.09	0.19	0.18	0.15	0.09	0.09	0.04	0.06
	仕事	0.06	0.13	-0.11	0.08	0.08	0.08	0.21	0.26
	経済状態	0.05	0.15	-0.01	0.16	0.09	0.15	0.15	-0.01
	日常生活を営む上での能力	0.06	0.09	0.04	0.04	0.19	0.16	0.17	0.08
HADS	不安	-0.03	-0.09	-0.04	-0.14	-0.15	-0.19	-0.08	-0.18
	抑うつ	-0.19	-0.18	-0.15	-0.21	-0.30	-0.23	0.03	0.01

*Pearson相関係数の絶対値>0.3以上 を太字で示す

とSFQの各ドメインとの相関は、「楽しみ」;
0.37, 「オルガズム」; 0.47 など, 「性欲」ド
メインを除いて0.3以上を示した。パートナー

との関係性のドメインとLiSatの性生活項目
との相関は0.37であった。その他のSFQド
メインとLiSatとの相関は0.3以下であった。

表4 SFQのドメイン間の相関 (FSD+Non-FSD)

	性欲	感覚的 性興奮	身体的 性興奮	認知的 性興奮	楽しみ	オルガズム	性的疼痛	パートナー
性欲	1.000	0.440	0.391	0.521	0.716	0.293	0.228	-0.061
感覚的性興奮		1.000	0.712	0.775	0.648	0.671	0.174	0.164
身体的性興奮			1.000	0.698	0.569	0.564	0.200	0.050
認知的性興奮				1.000	0.796	0.646	0.232	0.280
楽しみ					1.000	0.624	0.373	0.094
オルガズム						1.000	0.233	0.136
性的疼痛							1.000	0.336
パートナー								1.000

*Pearson相関係数

表5 SFQの識別力妥当性 (FSDとNon-FSD女性の差)

SFQドメイン	FSD		Non-FSD		両群の差	
	N	Mean	N	Mean	Mean	95%信頼区間
性欲	54	11.2	82	12.7	-1.4	(-3.186, 0.351)
感覚的性興奮	40	9.6	64	12.2	-2.6	(-4.153, -1.103)
身体的性興奮	41	5.3	64	6.8	-1.5	(-2.404, -0.570)
認知的性興奮	41	5.2	64	6.8	-1.5	(-2.310, -0.733)
楽しみ	54	10	81	14.6	-4.6	(-7.183, -2.101)
オルガズム	43	6.5	67	9.6	-3.1	(-4.460, -1.711)
性的疼痛	37	7.6	63	13.2	-5.6	(-7.093, -4.121)
パートナー	54	7.8	82	9.2	-1.4	(-1.981, -0.743)

SFQのドメイン間の相関は表4に示す。性的興奮関連ドメインである感覚、腔潤滑(身体)、認知、はすべて互いに高い相関(0.70-0.78)を示した。「楽しみ」と「認知的性興奮」ドメインとの相関は最も高い0.796を示した。「楽しみ」ドメインは「性的疼痛」と「パートナー」を除くすべての他のドメインとの間に高い相関を示した。

一方SFQの「楽しみ」Enjoymentと、HADSのDepressionには負の相関が見られた。(表3)

識別力の妥当性

FSDとNon-FSD群のスコアの違いを表5に示す。性欲ドメインを除くすべてのドメインで、FSD群はNon-FSD群より統計的に有意に低いスコアを示した。

内的整合性

すべてのドメインで内的整合性は良好であった。Cronbachの α 係数はオルガズムで0.72、身体的性興奮で0.94であった。しかし「パートナー」では期待値より低い0.53であった。

再テスト信頼性

すべてのドメインでICCは0.68から0.91と良好な再現性が見られた。

考 察

日本語版女性性機能質問票の計量心理学的評価を行った。当初この研究に必要なとされた被験者数、FSD、Non-FSD各85例という目標を得ることはできず、特にFSD群は54例に止まった。その原因の一つとして、日本

には対象者自体が少ないことが挙げられる。日本では性に関する治療が広く行われておらず、その結果治療を求めて受診するクライアントは少数で、障害の深刻な場合に限られる。また50代60代という年齢層では、性に関する調査の依頼は若年層より困難であることに加えて、FSDの被験者を求めることは更に困難である。高齢女性に性機能障害が少なくないというデータはあるものの⁹⁾、彼女等は性治療を受けることには未だ消極的である。

今回の分析結果では、SFQ-J-v1にオリジナルの英語版同様の因子構造を示すことができたのは、「性的疼痛」と「身体的性興奮」の二つのドメインのみであった。この原因は主にサンプルサイズによるものと考えられる。McDowell と Newell は因子分析には各項目あたり少なくとも5名の対象が必要としている¹⁰⁾。すなわち34項目の質問票で堅固な因子分析を行うには少なくとも本研究で当初予定した170例が必要となる。したがって、特に因子分析の過程では、追加調査が望ましいと言える。

各ドメインに含まれる項目間の内的整合性に関しては、0.70以上という高いCronbachの α 係数が得られた¹⁰⁾。「パートナー」以外のドメインでは内的整合性は基準に達していた。「パートナー」ドメインに関しては、英語版でもNon-FSD群では、治療前0.41、治療後では0.33と低いCronbachの α 係数に止まった。日本語版および英語版における因子妥当性と内的整合性の検討から、「パートナー」ドメインの解釈にはなお慎重を要する。

SFQオリジナル版では、FSDの有無は明らかに識別可能であった。SFQ-J-v1の場合、

「性欲」ドメインでは統計的に有意な差が見られなかったが、それ以外では同様の結果が得られている。オリジナルSFQではFSD有無での差は、最少の「性的疼痛」ドメインでも2.5のところ、本研究での「性欲」の差は1.4とかなり小さい。これはNon-FSDの「性欲」ドメインの平均値が低いことが大きな要因となった。(Non-FSDのDesire得点は、海外は平均が22.39、日本では12.7) FSD群の症例に性欲障害が少ないことも影響しているが、日本女性の性欲の意識内容が欧米とは異なる可能性も今後検討の余地が残されている。

LiSatの性生活項目とSFQ-J-v1の「性欲」ドメインとの相関性も低かった。オリジナル版は、むしろこの点では相関性が0.74と高かったのである。同様にドメイン間の相関について言えば、「性欲」と「オルガズム」との相関はオリジナル版でも0.48と高くないが、日本語版では更に低い0.3であった。この理由は、FSD群の被験者のうち性欲障害の患者が少なかったことや、オリジナル版の場合では性的興奮障害が多数であるに対し、本調査では性的疼痛障害に偏っている、という対象者の内容に差にも起因している。

HADSとの間には期待したとおりに高い相関が得られた。性的興奮関連の各項目間、および「楽しみ」と「オルガズム」のドメイン間では高い相関が得られた。しかしHADSと「性欲」および「オルガズム」のドメインとの相関は充分高いとは言えなかった。

これら総合的な結果から、サンプル数、特にFSD群の数について注意は要するものの、SFQは日本女性の性機能評価法として、妥当性と信頼性を支持し得るものである。今後、

FSDに対する有効な治療法の開発とともに、本法の計量心理診断のツールとしての価値も更に検証されていくであろう。

謝 辞

本研究において、金子和子、堀口雅子、池下育子、堀口貞夫、塚田攻、渡辺景子、阿部輝夫、軽部正孝の諸兄姉の調査協力を得たことに謝意を表します。

症例登録施設

日本赤十字社医療センター
女性成人病クリニック
池下レディースクリニック銀座
主婦会館クリニック
埼玉社会保険病院
日本性科学会カウンセリング室
あべメンタルクリニック
エヌ・エスクリニック

文 献

- 1) Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international Consensus Development of Female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J of Urol* 2000; 163:888-93.
- 2) Berman JR, Berman L, Goldstein I: Female Sexual Dysfunction: Incidence, Pathophysiology, Evaluation, and Treatment options. *Urology* 1999; 54: 385-91.
- 3) Laumann EO, Paik A, Rosen RC : Sexual

Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.

- 4) Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European Urology* 2005; 47: 366-75.
- 5) Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002; 11: 277-89.
- 6) Ichikawa T, Takao A, Manabe D, Saegusa M, Tanimoto R, Aramaki K, Yamamoto M, Okazaki T. The female partner's satisfaction with sildenafil citrate treatment of erectile dysfunction. *Int J of Urol* 2004; 11: 755-62.
- 7) 佐藤雅道, 佐々木春明, 後藤隆太 他: バイアグラ治療に対する患者およびパートナーの満足度～女性性機能障害を含めた検討～. *日本泌尿器科学会雑誌 総会特集号* 95 (2) : 472, 2004.
- 8) 永尾光一, 工藤貴正, 栗田稔 他: 女性性機能障害に対する調査. *日本泌尿器科学会雑誌 総会特集号* 92 (2) : 212, 2001.
- 9) 荒木乳根子, 石田雅巳, 大川一郎 他: 中高年のセクシュアリティー—男女のパートナーシップの現状について—. *日本=性研究会議会報* 12 (1) : 2-18, 2000.
- 10) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-

- related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46: 1417-32.
- 11) Bullinger M, Power MJ, Aaronson NK, Cella DF, Anderson R T: Creating and Evaluation Cross-Cultural Instruments. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials*, Second ed. Spilker eds. Lippincott-Raven Publication, Philadelphia, 659-668, 1996.
 - 12) Acquadro C, Jambon B, Ellis D, Marquis P: Language and translation issues. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials*, Second ed. Spilker ed. Lippincott-Raven Publication, Philadelphia, 575-585, 1996.
 - 13) 大川玲子, 大石剛子, 前田知子 他. 女性性機能障害に関する調査票の日本語版作成における言語的妥当性の検討. *日本性科学会雑誌*. 23 (1) : 80-91. 2005.
 - 14) American Psychiatric Association. 高橋 三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM-IV -TR 精神障害の分類と診断の手引 第2版. 医学書院, 東京 2002.
 - 15) Fugl-Meyer A, Londnert G, Braenholm I-B, Fugl-Meyer K. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1997; 9: 141-148.
 - 16) Zygmund A, Snaith R, Kitamura T. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). (In Japanese) *Arch Psych Diag Clin Eval* 1993; 4: 371-372.
 - 17) 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林恭平, 清田啓介, 井口秀人, 池田順子, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市 : 「Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績—」, *心身医学*, 38 (5), 310-315, 1998.
 - 18) McDowell G, Newell C. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 1996.
 - 19) Streiner DL, Norman GR Selecting the items. In: *Streiner DL, Norman GR Health measurement Scales, as practical guide to their development and use*. New York: Oxford Medical Publications; 1996: 54-68.

原 著

性同一性障害 (FTMTS) のホルモン療法における テストステロン軟膏の有効性の検討

The effects of testosterone ointment for the hormone therapy of FTMTS

すぎやまレディスクリニック

杉山 正子

SUGIYAMA Masako

Sugiyama Ladies' Clinic

亀谷メンタルクリニック

亀谷 謙

KAMEYA Yuzuru

Kameya Mental Clinic

岐阜大学工学部

河村 洋子

KAWAMURA Yoko

Faculty of Engineering, Gifu University

抄 録

12例のFTMTS (Female to Male transsexual 以下FTMと略す) 症例に対し、テストステロン軟膏剤 (グローミン) によるホルモン療法を試みた。使用量は、1例 (症例1) においてグローミンを少量使用から開始して漸増し、月経が停止した時点の使用量である1回3cm 1日3回 (テストステロン量1日13.5mg) 塗布をその後の使用量の目安とした。使用開始時、3ヶ月後、6ヶ月後に塗布前と塗布後1時間に採血をして、フリーテストステロン (Free T) とエストラジオール (E_2) を測定し解析した。またグローミン使用例の6ヶ月後のホルモンレベルを、当院でテストステロンデポ剤 (エンアルモンデポ) を筋注した9例のFTM症例の6ヶ月後ホルモンレベルと比較した。Free T は塗布後1時間で有意に上昇した (3ヶ月後 $p<0.01$, 使用開始時および6ヶ月後 $p<0.05$)。6ヶ月後では、塗布前は筋注例より低値であり、塗布1時間後は高値であった。 E_2 は、使用開始時、3ヶ月後、6ヶ月後ともグローミン塗布前と1時間後で変化はなかった。6ヶ月後では、塗布前、1時間後とも筋注例より高値であった。1例 (症例2) は、3ヶ月後、6ヶ月後にFree T, E_2 とも非常に高い値を示し、アロマターゼによる転化と考えられた。12例中9例で3ヶ月以内に月

経が停止し、月経が停止しなかった例も含め全例で望ましい男性化がみられた。重篤な副作用は認めなかった。

Abstract

We studied about the effects of testosterone ointment (Glowmin) as a hormone therapy for 12 cases of Female to Male Transsexuals (FTMTS). The amount of testosterone used in our study was approximately 13.5 mg per day based upon an observation of one patient (case 1) whom we started treating by using a small amount of Glowmin and increasing it gradually. The patient's menstruation stopped at the point when 13.5 mg of testosterone per day was administered by application of 3 cm of Glowmin three times per day. Blood samples were collected to measure the level of Free T and E2 at the time of application and one hour after the application of Glowmin, in the beginning of the treatment, 3 months, and 6 months after the initiation of the treatment. The hormone levels of our 12 cases treated with Glowmin after six months were compared to those of 9 cases of FTM who were treated with testosterone depot (Enarmon Depot) by intramuscular injection method in our medical facilities. The Free T level showed a significant rise at the point of one hour after application of Glowmin ($p < 0.01$ after 3 months of the treatment, $p < 0.05$ in the beginning of the treatment and after 6 months of the treatment). The Free T levels of the ointment group after six months revealed to be lower than those of the intramuscular injection group before its application; however, they showed high values at the point of one hour after its application. The serum E₂ levels of the ointment group measured before and one hour after its application had no significant changes in the beginning, nor after 3 months, nor after 6 months of treatment. After 6 months of the treatment, however, the serum E₂ levels in the ointment group before and one hour after its application were higher than in the intramuscular injection group. Regarding one patient (case 2), who showed remarkably high serum levels of both Free T and E₂ at the point of 3 and 6 months treatment with the ointment, we speculate that it could have been caused by aromatization. By our ointment hormone therapy, menstruation stopped within 3 months in 9 patients out of 12. Preferable masculinization was observed in all cases including cases whose menstruations didn't stop. No serious side effects were seen in any patients.

Keywords

Gender Identity Disorder, Female to Male Transsexual, Testosterone ointment, Hormone therapy

緒 言

性同一性障害 (Gender Identity Disorder 以下GID) の治療は精神療法、ホルモン療法、外科的治療により行われている。Female to Male Transsexual (以下FTM) に対するホルモン療法は、テストステロンの投与方法として testosterone enanthate (商品名 エナルモンデポーなど) の筋注法が用いられてきた¹⁾²⁾。デポー剤の筋注法の問題点としては、痛み・筋肉や神経の炎症・定期的な通院等が挙げられる。投与方法の選択肢としては経口法や経皮吸収法があるが、効果や安全性の問題のため本邦では使用できる薬剤がなかった³⁾。今回我々は、本邦でも男性の更年期障害の治療にテストステロン軟膏が用いられていることを知り⁴⁾⁵⁾⁶⁾、FTMの治療に取り入れることを試みた。使用した製剤はOTC (over the counter) として使用可能な経皮吸収テストステロン軟膏剤 (商品名 グローミン、大東製薬製) である。

対象および方法

- (1) FTMの1例 (症例1) で、グローミンを少量塗布 (1回1cm1日2回) から開始し、適宜増量して、排卵が抑制され月経が停止した時点での使用量を今回の試みの使用量の目安とした。
- (2) FTM12症例でグローミンによる治療を試みた。12例の内訳は、4例がエナルモンデポーによる治療歴があり8例は前治療歴がなかった。いずれも精神科医によりホルモン療法が適応と診断され、本人の同意が得られた症例である。塗布部位は、外陰部・大腿部・下腹部とし、1回3cm 1日3回塗布を目安とし、症状により増減を可とした。

月経周期5～7日目に塗布を開始した。

血中ホルモンレベルの測定は、使用開始時、3ヶ月後、6ヶ月後に塗布前と塗布1時間後に採血して行い、Free TとE₂の測定値を解析に用いた。

- (3) 前治療のないグローミン使用例における、6ヶ月後の塗布前と塗布1時間後のFree T (7例) とE₂ (5例) の平均値を、当院でエナルモンデポー 250mgを用いて治療した前治療のないFTM症例における、筋注後3週間の時点で測定したFree T (9例) とE₂ (9例) の平均値と比較した。
- (4) 身体的変化による効果判定は、月経の有無と自覚症状の変化の問診により行った。
- (5) 副作用検査は、使用開始時、3ヶ月後、6ヶ月後の3回、末梢血液一般・生化学一般・凝固系一般・PSA・内分泌の項目について行った。

結 果

- (1) 症例1において、グローミンを1回3cm 1日3回 (テストステロン量13.5mg) 塗布した時点で排卵が停止し無月経となった。この時のホルモンレベルは塗布前E₂: 24.0pg/ml Free T: 4.9pg/ml 塗布1時間後E₂: 30pg/ml Free T: 21.8pg/mlであった。月経停止までのグローミン使用量と基礎体温の変化を図1に示す。
- (2) 12例のFTM症例におけるグローミンクリーム塗布前と塗布後1時間のFree Tの変動を示す (図2)。●はエナルモンデポーによる前治療有りの群、○は前治療なしの群である。使用開始時のみ、前治療有りの群が高値を示し、1例は塗布後に塗布前より低下しているが、3ヶ月後、6ヶ月後では

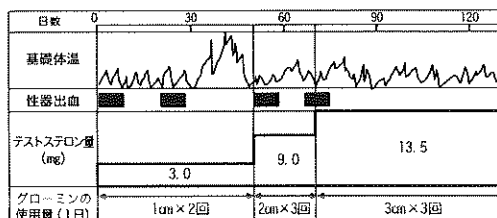


図1 症例1のグローミン使用量と卵巣機能の変化

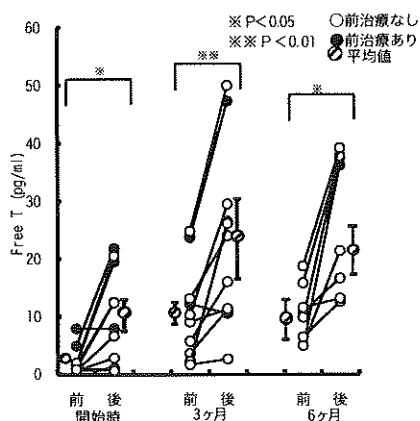


図2 グローミン使用例におけるフリーテストステロン値の変化

前治療有りの群となしの群の間には差がなくなっていた。

前治療有りなしに関わらず全例を対象にして検討すると、Free T (pg/ml)の平均値 (mean ± SD) は、開始時が塗布前 2.28 ± 1.00 1時間後 9.13 ± 2.47 、3ヶ月後が塗布前 9.80 ± 2.61 1時間後 23.3 ± 6.99 、6ヶ月後が塗布前 9.18 ± 3.68 1時間後 21.9 ± 5.67 であった。塗布前と1時間後の差の平均 (mean ± SD) は、開始時が 6.86 ± 7.83 3ヶ月後が 13.40 ± 10.36 6ヶ月後が 14.90 ± 12.77 で明らかに上昇していた。t検定により、開始時と6ヶ月後は5%、3ヶ月後は1%の有意水準で差を認めている。

同様にE₂の変動を示す(図3)。E₂レベ

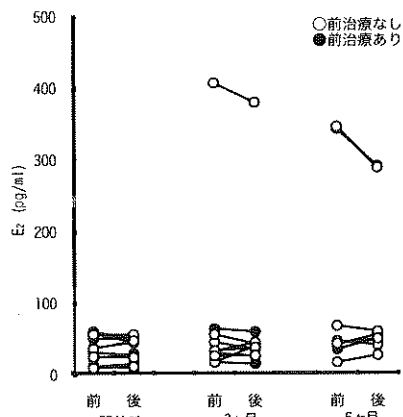


図3 グローミン使用例におけるエストラジオール値の変化

ルについて検討すると、開始時は前治療有りとなしの群では差がない。前治療有りなしに関わらず全例を対象に検討すると、開始時、3ヶ月後、6ヶ月後とも、塗布前と塗布1時間後のE₂値には統計学的に差を認めない。

3ヶ月後、6ヶ月後にFree T・E₂ともに顕著な高値を示す1例(症例2)があり、この症例のホルモンレベル (Free T・E₂・テストステロン (T)・LH・FSH・DHEA-S・プロラクチン (PRL)・5α-DH) の変化とグローミンの使用量を表1に示す。この症例では、グローミンの使用量を半分以下に減らしてもなおFree T、E₂ともに高値を示したが、排卵は戻らず性器出血も認めなかった。

- (3) 6ヶ月後のFree T (pg/ml)の平均値 (mean ± SD)を比較すると、塗布前の値 (11.11 ± 4.51) は、エナルモンデポー使用例 (17.08 ± 10.14) より低く、塗布後1時間の値 (25.44 ± 11.35) は、エナルモンデポー使用例より高かった。

表1 血中Free T・E₂レベルの顕著な上昇を認めた1例(症例2)の
その他のホルモンレベルとグローミン使用量

		開始時		3ヶ月後		6ヶ月後	
		塗布前	塗布後	塗布前	塗布後	塗布前	塗布後
E ₂	(pg/ml)	61	51	408	381	344	292
Free T	(pg/ml)	1.0	12.4	24.8	>50.0	15.8	37.8
T	(ng/ml)	52	455	785	1417	552	1199
LH	(mIU/ml)	4.6	3.8	3.8	2.7	22.0	12.7
FSH	(mIU/ml)	4.7	4.3	1.2	1.1	5.0	3.8
DHEA-S	(μ g/dl)	340	338	289	305	378	349
PRL	(ng/ml)	9.6	9.4	16.2	14.3	10.4	11.3
5 α -DH	(ng/ml)	0.18					
グローミン塗付量(1日)		3cm		3cm×3回		2cm×3回	
含有テストステロン量(mg)		4.5		13.5		6.0	

同様にE₂(pg/ml)の平均値(mean $\pm$ SD)を比較すると、E₂レベルは塗布前(44.40 $\pm$ 16.23)・1時間後(47.80 $\pm$ 11.79)ともエナルモンデポー使用例(25.25 $\pm$ 10.95)より高かった。高値を示した症例2は後に考察で述べる理由によりこの平均から除外した。

- (4) 月経歴と自覚症状の変化によるグローミンの効果を示す。12例中10例で月経が停止し、使用開始から月経停止までの期間は、1ヶ月7例、3ヶ月2例、5ヶ月1例であった。停止しなかった2例は前治療有りの1例と前治療なしの1例で、前者はグローミンに変更後月経が再開し、後者は黄体期の短縮のみで停止には至らなかった。自覚症状の変化としては、体毛の増加10例、筋力増強8例、嗄声8例、陰核腫大5例、情緒の安定5例で、月経が停止しなかった例も含めて自覚症状では好ましい変化が認められた。

- (5) 副作用を示す。12例中7例に副作用を認めなかった。5例においてその内訳は、倦怠感2例、脱毛2例、多血症2例、血糖値の上昇2例、脂質の異常1例であったが、使用を中止する必要のある重篤なものは認

めなかった。また塗布部位の違和感・発赤・痛み・痒み等の訴えは1例もみられなかった。

考 察

FTM症例に対するホルモン療法はこれまでテストステロンデポー剤の筋注が主に行われてきた¹⁾²⁾。MTF症例に対するホルモン療法に、デポー剤以外に経口剤・経皮パッチ剤・経皮ゲル剤等が用いられているのに比べると、いかにも選択肢が少ない。海外ではテストステロンの経皮軟膏剤やゲル剤が使用されており、わが国にも経口剤はあるが、安全性の問題などがあり使用できないのが現状である³⁾。デポー剤の使用は多くの場合問題なくかつ有効に行われているが⁷⁾、長期使用が必要となるため、筋肉や神経の炎症、痛みなどの身体的問題に加え、2～3週間ごとの通院を必要とする時間的な問題も起こりうる。

今回OTC剤のグローミンを使用したのは、男性の更年期障害や性機能低下症の治療に同剤が使用され有効性が報告されていたのが契機である。天野ら⁴⁾によれば、グローミ

ンは塗布後速やかにテストステロンの血中濃度を上げるが、4時間後には塗布前のレベルに戻る短時間効果型であり、これが男性更年期の治療においては蓄積性をもたず安全性を高めているとされる。テストステロンの日内変動は早朝に高く夜間低くなるため、グローミンはこの日内変動に近い血中レベルを作るのに適している。FTMの治療においては、ゴナドトロピンを抑制するとともに卵巣や子宮への直接作用により月経を停止させ、かつ身体の男性化を図ることを目的とするため、グローミンの短時間効果型が有効であるかどうかは不明であった。さらに、使用量や塗布回数の適正量の指標もなかったが、エナルモンデポールの使用量が125mgから250mgを2～3週間ごとに投与していることを考え、それに近づけるには更年期障害治療量の1～2倍の量を可能な限り変動を少なく投与することが望ましいと予想を立てた。症例1において、月経が停止した時点のグローミンに含まれるテストステロン量13.5mgは、更年期障害治療時の使用量6mgの2.25倍に相当している。1日3回塗布としたのも血中濃度を可能な限り高い状態で維持しようとする試みであった。この量の塗布を目安とした今回の治療で、結果的に12例中9例で3ヶ月以内に月経が停止し、月経が停止しなかった例も含めて全例で望ましい身体の変化がみられた。

これを裏付けるように、Free T の血中レベルは塗布後1時間で有意に上昇し、使用開始6ヶ月後の時点で、その平均値はエナルモンデポー筋注後3週間の血中レベルより高値を示した。使用開始時、3ヶ月後、6ヶ月後とも、塗布後1時間の平均値は男性の基準値に達し

ており、使用期間が長くなるほど塗布前の値が高くなり、塗布後の上昇幅も大きくなった。

安全性の面から考えると、デポー剤筋注後7日間の生理的範囲を超える急激なホルモンレベルの上昇はリスク因子であるが³⁾、クリーム塗布では多くの場合生理的なレベル内の変動であり、調節することも可能である。今回の使用例でも重篤な副作用はみられていない。

症例2において、3ヶ月後に塗布後1時間値がFree T 50pg/ml 以上の高値を示し、同時にE₂も408pg/ml と上昇した。この例では排卵周期は認められず性器出血もなく、E₂上昇は卵巣機能の回復ではなく、アロマターゼ活性によるテストステロンからの転化と考えられる⁸⁾。この結果より、グローミンの使用量を1回2cm 1日2回(テストステロン量6mg)塗布に減量したが6ヶ月後も同様の高値が続いた。この症例はDHEA-S高値や多毛があり、副腎過形成等による高アンドロゲン血症が疑われることや、アロマターゼ活性が発現しやすい因子をもっていた可能性もある。以上の理由により、今回卵巣機能の抑制を検討するためのE₂レベルの比較からはこの症例を除いた。

グローミン使用時のE₂の血中レベルは低値を示しており、月経停止の効果と一致しているが、6ヶ月後の時点でエナルモン使用例と比較すると高くなっている。これもFree Tの上昇を伴っており、アロマターゼ活性の効果が推測される⁸⁾⁹⁾。頻回に皮膚に塗布するため脂肪組織におけるアロマターゼ活性を高めているのかもしれない。

今回の症例ではみられなかったが、E₂レベルが上昇した場合は性器出血や子宮内膜

増殖症のリスクが高くなる。テストステロン投与により抑制されるE₂レベルは通常でも卵胞期前期のレベルのため、子宮内膜が増殖する可能性があり注意が必要である。

グローミン使用における問題点はコストが高いことであろう。十分な効果を得るためには1週間に1本の使用が必要である。テストステロン含有量の多い軟膏剤の開発が望まれる。ただし、卵巣機能を抑制する必要のない性別適合手術後や閉経後の症例では、男性更年期の治療と同量の使用で有効と考えられ、経済的な負担は大きくない。また、急激な変化を望まない症例では少量使用のほうが望ましい場合もある。これらの症例には、調節性があり安全な本剤は有用な治療法である。

結 語

経皮吸収テストステロン軟膏剤(グローミン)を用いて、FTMに対するホルモン療法を試みた。血中Free TとE₂のレベルの変化の解析と月経停止を含む自覚症状の変化より、同剤の有効性が認められた。重篤な副作用はなく、安全性も認められた。

本論文の要旨はGID学会第10回研究大会(高槻)で発表した。

文 献

- 1) 石原 理, 木下勝之, 内島 豊: 性同一性障害に対するホルモン療法. 産婦人科の世界, 51: 43-50, 1999
- 2) 永井 敦, 渡部昌実, 久住倫宏, 坪井 啓, 公文裕巳: 岡山大学における性同一

性障害患者(GID-FTM)に対するホルモン療法. 日本性科学会雑誌, 22: 16-20, 2004

- 3) 天野俊康: 男性ホルモン剤の最新トピックス〜本邦および海外の現況〜. 性差と医療, 3: 65-70, 2006
- 4) 天野俊康, 竹前克朗, 馬場克幸 他: 健康男性における遊離型テストステロンの日内変動と男性ホルモン軟膏塗付後のプロファイル. 日本性機能学会雑誌, 20: 13-18, 2005
- 5) 馬場克幸, 中澤龍斗, 中目真理子 他: 男性更年期障害患者におけるテストステロン軟膏の有効性の検討. 日本性機能学会雑誌, 20: 19-24, 2005
- 6) 天野俊康, 今尾哲也, 竹前克朗 他. 男性更年期障害の重傷度分類による男性ホルモン軟膏の治療効果の検討. 泌尿紀要, 53: 22-29, 2007
- 7) Kesteren PM, Asscheman H, Megens JJ et al. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clinical Endocrinology, 47: 337-342, 1997
- 8) 笹野公伸, 三木康宏: アロマターゼの基礎と臨床. HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY, 15: 11-14, 2008
- 9) Hulshoff Pol HE, Cohen-kettenis PT, Van Haren NEM et al. Changing your sex changes your brain: influences of testosterone and estrogen on adult human structure. European Journal of endocrinology, 155, Issue suppl-1, 107-114, 2006

性同一性障害特殊症例に対する「グロージン」の適応

あべメンタルクリニック

阿部 輝夫

FTMTS (Female to Male Transsexual) へのホルモン療法は通常テストステロン剤筋注を行うが、特殊な事情から緩徐な効果発見を得たいため、「グロージン」を用いることが推奨される場合がある。そのような症例をいくつか紹介する。全症例がジェンダークリニック委員会で身体的治療への移行が承認された後に開始されている。

1 症 例

(1) 22歳、役者：小柄で丸坊頭、少年の役を務めているため、声の急激な低音化を望まない。テストステロン軟膏、「グロージン」1cmを2回／日で4週後のテストステロン値(以下T値と省略)0.61から2.79ng/ml(以下ng/mlは省略、男性基準値：2.07～7.61)に上昇、座瘡と声のわずかな低音化を認めたが、月経は持続が短縮したのみ。声の変化に本人は好感を持ち、3ヶ月後エナルモンデポー125mg/2週に切り替えた。筋注に変更後のT値は2.24と「グロージン」使用時とほぼ同等であった。

(2) 20歳、大学生：合唱部に所属しソプラノのパートのため、これから半年間の低音化は避けたい。しかし、ホルモン療法は早く始めたいという希望。「グロージン」1cmを2回／日で半年後来院。声はやや低くなったがソプラノは唄える。月経は1

～2日で終るようになり、座瘡は目立たない。塗布後3時間後のT値は3.87(使用前は0.98)。

(3) 20歳、新入社員：以前からアルバイトをしていた会社に入社したため、外見の急激な変化は避けたいという希望。「グロージン」1cmを2回／日で2ヶ月後、T値0.45から0.55と変化なかったが、体重が3kg増え、体毛増加、皮脂の増加、陰核肥大、声のわずかな低音化を認めた。

(4) 57歳、教員：ノンホルモンながら外見上はほぼパス状態にある。20年来交際している女性パートナーがいるが、乳房切除術およびホルモン療法には反対している。職業柄本人も緩徐な変化を希望したため、ホルモン療法の経験深い医師を紹介した。エナルモン(25mg)1Tab/3日から開始、3ヶ月後1Tab/2日増量したが変化なく、5ヶ月後から1Tab/日に増量した。この間の生科学検査にも異常は認められず、T値は0.47から1.41に上昇したものの月経はとまらず、額の脂っこさに気付く程度であった。

ホルモン療法の主治医は肝障害の危惧からこれ以上の増量は認めていなかったため、「グロージン」に切り替え5mmを2回／日から開始した。3週間後T値0.86と低値で、

自覚的にはほぼ変化なし。1cmを2回／日に増量したところ、月経は停止し1ヶ月後に同僚から座瘡とヒゲを指摘された。T値は1.41に上昇していた。2ヶ月後声が低音化し、男性の性欲に戸惑うようになった(T値0.87)。「グローミン」1cmを3回／日にして1ヶ月後T値5.90と高値(塗布後4時間半後)。2cmを2回／日でのT値は2.94(塗布後3時間後であった。7ヶ月後、以前のキーでは唄えなくなり、8ヶ月後脱毛が目立つようになる。11ヶ月後外見がすっかりパス状態になり、パートナーにも気付かれ、話し合いの結果ホルモン療法には消極的な反対と変化し、注射に切り替えた。エナルモンデポー125mg筋注25日目のT値2.28、35日目が1.20であった。

2 まとめ

「グローミン」の男性化作用はテストステロン剤筋注法と同等であるとの印象を持った。投与量を細かく設定することが可能で、男性化の速度をコントロールし易い特徴がある。また当事者にとって、塗布法は通院の必要がないことと、注射の侵襲はないことが利点であるが、費用がやや高額になる欠点があった。

今後本剤の適応については、過去に統合失調症様のエピソードが認められた場合や、テストステロン剤筋注法にて原因不明の下血や腹痛発作を繰り返し中断せざるを得なかった症例においても考慮中である。

原 著

思春期妊娠中絶手術に際しての「親への相談・同意」のあり方

Should adolescent women have to consult and get parental permission to terminate pregnancy?

村口きよ女性クリニック

村口 喜代

MURAGUCHI KIYO

Kiyo Muraguchi Women's Clinic

仙台市救急医療事業団

東岩井 久

HIGASHIWA I HISASI

Sendai Emergency Medical Service Foundation

抄 録

リプロダクティブ・ヘルス/ライツが国際的コンセンサスを得ている状況にあって、思春期の若者の「性的人権」を守る立場から、思春期初期妊娠中絶手術に際しての「親への相談・同意」のあり方を検討した。

15歳以上の初期妊娠中絶手術を受けた思春期女性19名を対象とした。1) 母親に相談できた者は初診時まで7名36.9%であり、その後「親への相談」を提案して相談できた者4名、相談できなかった者7名と、手術日までに相談できた者は11名57.9%に止まった。2) 思春期妊娠には、両親の離婚や別居36.8%、姉の高校中退・妊娠中など、親や家庭の問題を背景に持つ者が多かった。3) 「親への相談・同意」に際しては、妊娠した思春期女性の立場を尊重し、1人ひとりの状況に配慮した柔軟な対応が必要である。

思春期の若者がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを享受できるよう、妊娠中絶に関わる医療の再検討が求められている。

Summary:

The notion of reproductive health and rights is now a consensus internationally.

This paper studies whether adolescent women should consult and get permission from their parents to terminate their pregnancy.

19 adolescent women over 15 years old who had early-induced abortions were surveyed.

7 of the pregnant adolescent women consulted with their mothers before having their first medical examination. The rest were advised to consult with their parents before having

the abortion by clinic staff. Only 11 of the 19 women consulted with their mothers before termination of the pregnancy. There are many problems with their parents and family such as divorce (6 couples of parents), separation (1 couple), and 1 older sister who was pregnant at the time of this study after dropping out of high school. At present, it is assumed by most people that the parents should always be informed in case their adolescent daughters want to have an abortion. However, everyone involved in such a situation and especially gynecologists, should treat each case individually and with an open mind and not pressure the adolescent woman to inform her parents of her wishes to terminate the pregnancy.

Medical services for adolescent women who want to terminate their pregnancy should be discussed with their reproductive health and rights in mind.

Keywords : Early-induced abortion

Adolescent women

Parental permission

Reproductive health and rights

はじめに

母体保護法には、思春期女性における人工妊娠中絶手術に際しての「親の同意」に関する規定はない。従来から産婦人科医療においては慣習的に「未成年者は親の同意がなければ中絶はできない」とされてきた。日本母性保護産婦人科医会では2000年5月「女性の権利に配慮した母体保護法改正の問題点」として提言を發表したり。その中では「15歳未満の場合には、親権者あるいは法定代理人の人工妊娠中絶に関する同意を必要とする」と述べられている。産婦人科の医療現場で実際どのように扱われているかの調査はなく、その詳細は分からないが、概ね高校生までの妊娠中絶に際しては、親の承諾を得ることが一般化されていると思われる。

当クリニックでは、1999年6月開院以来、思春期の性的人権を守る立場から、15歳以上の思春期初期妊娠中絶に際しては、「親の

同意を強制しない」との立場に立ち、プライマリーナーシングを導入し、同一の助産師あるいは看護師が一貫して関わり、カウンセリング・保健指導を行ってきた²⁾。しかし、妊娠中絶の意思決定の過程に親が介在することは、当事者にとっても、親との関係、女性の立場と責任性などを考える貴重な機会を作るであろうとの考えから、2006年6月以降、先の基本方針を堅持しつつも、積極的に「親への相談を提案する」の方針に変更した。この間の症例を振り返り、「親への相談・同意」のあり方について検討した。

研究方法

2006年6月から2008年3月までに当クリニックで初期妊娠中絶手術を受けた中・高校生19名を対象に、診療録・保健指導記録から初診の際の状況、パートナーとの関係、同伴者、親との関わり、家族背景、親への相談

状況などについて検討した。

結果

1. クリニックにおける初期妊娠中絶手術実施状況と思春期妊娠例の内訳 (図1)

当核期間に手術を受けた者は423名であり、うち未婚者は352名83.2%を占めた。未婚者の中で10代は67名19.0%であり、うち中・高校生の思春期妊娠は19名28.4%を占めた。

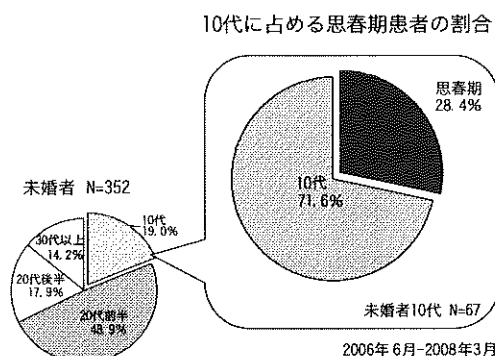


図1 初期人工妊娠中絶患者の年齢階級別内訳

2. 本人およびパートナーの属性 (図2, 3)

対象者19名の年齢別内訳は15歳1名5.3%, 16歳7名36.8%, 17歳9名47.4%, 18歳1名, 19歳1名だった。中学生は1名5.3%, 高校生が18名94.7%であり、うち2名は定時制高校生と通信教育高校生であった。

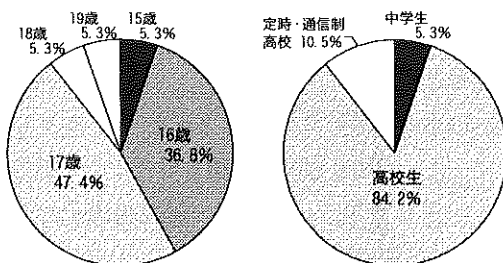


図2 本人の属性

パートナーは中・高校生は47.3%であり、うち2名が定時制高校生だった。20歳以上が21.1%を占め、また中・高校生、専門学校生など学業途上の者は52.6%とほぼ半数であり、その他は社会人、アルバイトなどで占めたが、うち中卒と高校中退での16歳と17歳の社会人がそれぞれ1名ずつだった。なおパートナーのうち1名はサイトで知り合った20歳の社会人で、1回だけのデートで妊娠になったケースだった。

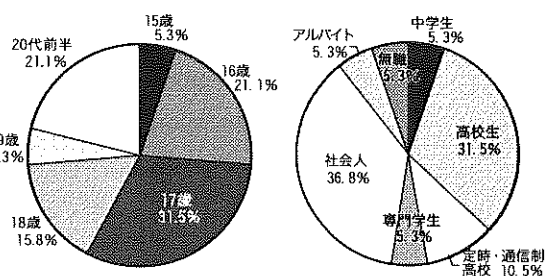


図3 パートナーの属性

3. 本人およびパートナーの家庭的背景

今回知りえた情報から、両親が離婚している者は6名であり、両親が別居中の者1名を加えると7名36.8%が親の問題が背景にあり、うち2名は児童相談所が関わったケースであった。また、実姉が高校中退し妊娠中の者が1名、母親が宗教人で妊娠・中絶を許されない者が1名いた。一方パートナーのうち2名10.5%は両親が離婚していた。

4. 初診時の同伴者 (図4)

パートナーが同伴した者は4名21.1%と少なく、うち1名は母親も同伴した。母親および友人が同伴した者が多く、それぞれ26.3%であった。その他パートナーの母親および姉などであった。

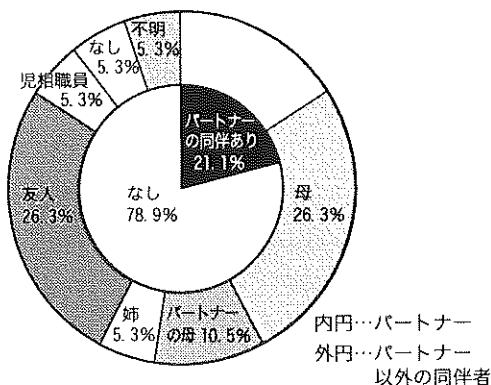


図4 初診時の同伴状況

5. 手術日の同伴状況 (図5)

パートナーの同伴は8名42.1%，送迎のみが1名5.3%であり，これらの例は1名を除いて母親の同伴はなかったが，うち1名が実姉，2名がパートナーの母が同伴した。母親の同伴は8名42.2%であり，うち児童相談所の職員とパートナーの母と一緒に同伴した者が1名ずつだった。友人のみの同伴が3名だった。

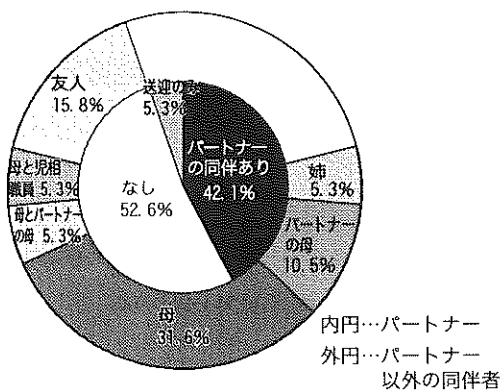


図5 手術日の同伴状況

6. 親への相談状況 (図6)

初診時に母親に相談して来院した者は7名36.8%であったが，うち2名は具合が悪くあるいは月経が遅れ母に声掛けされ，ばれた者

だった。親に相談できずに初診した12名のうち1名は初診日に手術を受けたが，残る11名に対して，「親への相談」を提案した。手術日までに相談できた者は4名のみで，うち母親に相談した者3名（うち1名は児童相談所を通じて母親に連絡があり相談となる），具合が悪くなり救急車で搬送され母にばれた者が1名であった。残る7名は親への相談・同意が無いままに手術を受けた。母親に相談できた11名57.9%のうち両親が離婚した者は3名27.3%（うち2名は児童相談所が関与），親が別居中の者が1名だったのに対して，親に相談できなかった7名36.8%では両親が離婚した者が3名42.9%，姉が高校中退し妊娠中だった者1名，母親が宗教人だった者が1名だった。前者に対して後者では親や家庭の問題を背景に持つ者が多かった。

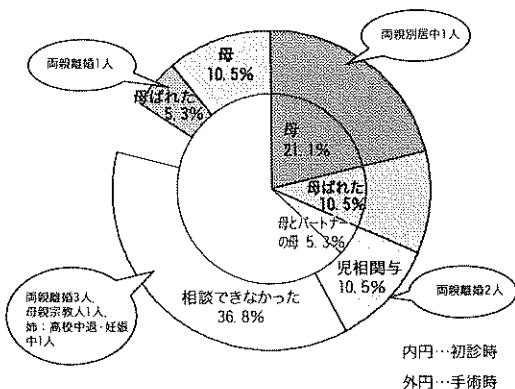


図6 親への相談状況

7. 妊娠中絶手術の意思決定ができた時期と初診から手術までの期間 (図7)

初診時に妊娠中絶の意思決定をできた者は17名と非常に多く，うち1名は諸般の事情から初診時に手術を受けた。うち14名は市販の妊娠検査試薬で妊娠を分かってから

の受診であり、2名は他院で診断されてからの受診であった。初診時に意思決定できなかった2名はいずれも結婚・出産願望が強く、うち1名はパートナーに精神的病気があり、そのために出産を断念した。残る1名はいったん中絶手術を決め受診したにも拘らず、意思決定がぐらつき手術を延期し、初診から38日後に手術となった。

初診から手術までの期間は1～2週間未満が52.6%，2～3週間未満が26.3%であり、容易に意思決定できた者が多かったわりには概ね手術までの期間は長かった。

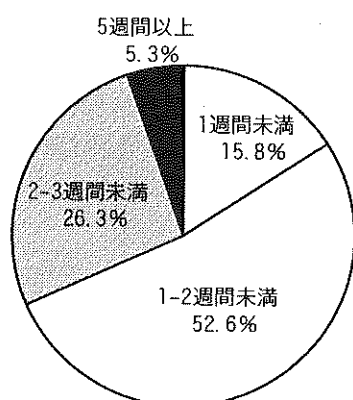


図7 初診から手術までの期間

8. 親に相談しての気持ち (図8)

初診時に相談して来院した7名と相談を提案した後で相談した4名、計11名に対して、親(母親)に相談しての気持ちについて問うと、「安心した・話して良かった」7名、心配をかけて申し訳なかった」3名、「経済面で責任を取れないので話してよかった」1名であり、重複回答であり実質8名72.7%の者は相談したことを肯定的に受け止め、精神的支援を感じていた。他3名は「仕方ないと思って親の意見に従った」「話さなければいけな

いと思ったから話しただけ」「一緒に受診したから話しただけ」と親との緊張関係を表出した。

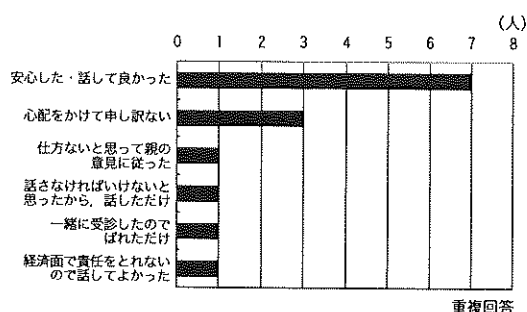


図8 親に相談しての気持ち

9. 相談した時の親の反応 (図9)

相談された母親のうち9名81.8%の者は娘の妊娠を「受容し相談に乗り」、うち7名は手術時同伴した。「受容できずに非協力的だった」と「出産に反対し中絶を強要した」者がそれぞれ1名ずつだった。

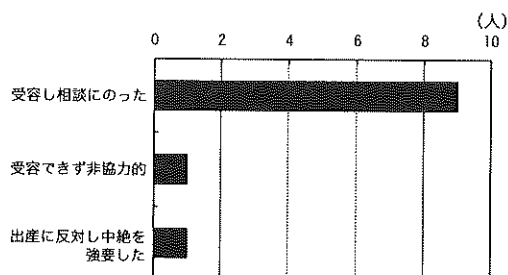


図9 相談した時の親の反応

考 察

産婦人科医療現場では従来から未成年者の妊娠中絶に際して、親の同意・承諾を必要とすることは当然のことと考えられ、実施されてきた。現在その実情の詳細の報告はないが、その手がかりとしてインターネットで検索し、産婦人科医がどのように考え実施して

いるのかを見ると、「未成年者の場合は親の同意が必要ですし、妊娠したら中絶すればいいと考えるのは危険です。…」[中絶を受ける方へ、必要書類：◎未成年の方は親の同意が必要です。]「中絶手術Q & A Q：女子高校生では親の同意が必要ですかA：その通りです。自分の親だけでなく、相手の男性が未成年の場合には、相手の親の同意書も必要になります。」「法律には、本人と配偶者の同意が必要と書いてありますが、未成年であるかについては規定がありません。…未成年者の同意が法律上同意として認められるかどうかについては明らかではありません。医療機関から見れば、保護者の同意を得ずに中絶手術をして訴えられる可能性もあるのです。ですから、当院では女性が中学生や高校生の場合には女性側の保護者の同意もいただくことにしています…安全な手術のためにも親の協力は不可欠なのです。」など親の同意・承諾を必要とする医師がほとんどであった。ただし1件のみであったが、それは「中学生程度では保護者の同意書は必要でしょうが、高校生くらいでは、親の同意書は必要ないかなあと考えています。…注意：このホームページ内の発言は、全て〇〇個人の発言であって、私の属する団体や日本産婦人科学会や日本産婦人科医会とは無関係です。」との慎重な立場を表明しつつも自らの考えを述べるインフォメーションであった。

近年、「女性差別撤廃条約」に象徴される男女平等の流れの中で1994年国連人口開発カイロ会議においてリプロダクティブ・ヘルス/ライツの「行動計画」が、1995年北京の世界女性会議で「行動綱領」が採択され、思春期の若者に対するリプロダクティブ・ヘル

ス/ライツは最も重要な課題であるとの国際的コンセンサスを得、日本政府も賛成の意思表示をした。

先の経緯を受けて日本母性保護産婦人科医会は検討を重ね、「女性の権利を配慮した母体保護法改正の問題点」と称して1999年8月に提言案³⁾を、翌2000年5月に提言¹⁾を発表した。その中で、未成年者の妊娠中絶においては、「妊娠12週未満の人工妊娠中絶では、女性本人だけの同意で足りる。」とし、その解説の中で「臓器移植における意思決定権は15歳以上で認められることから、15歳未満の場合には人工妊娠中絶が可能な全ての時期において、親権者あるいは法定代理人の人工妊娠中絶に関する同意を必要とする。」と述べており、結論として、妊娠12週未満15歳以上では親の同意を必要としないとの見解を明らかにした。

日本医師会も1999年1月「診療情報提供に関するガイドライン検討委員会(中間報告)」⁴⁾を出し、その中で「満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によって本人のみの請求を認めることができる」とし、「満15歳以上の未成年者については、妊娠中絶等の事案で未成年者と親権者とが対立する場合が生じ、その場合の解決法如何が国際的にも問題になっている。諸外国では、このような場合には未成年者の意思を尊重すべきとの意見が大勢であり、この指針も一応それに従った。」と解説している。

筆者は1999年6月クリニック開院以来、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの考えに立ち、15歳以上の思春期女性・未成年者には妊娠中絶手術の要件に「親の同意・承諾は強制しない」の方針で、プライマリーナース

ングを導入し、同一の助産師あるいは看護師が初診時から手術日、1週間後の保健指導まで一貫して行う健康支援を行ってきた²⁾。時には親の同意を必要としないとの口コミ情報から当クリニックを受診する思春期女性もいる。こうした女性に対しては、なぜ強制しないのかを説明する。それは当事者である女性自身の問題であり、自らの責任で決断を下していくことが最も尊重されなければならないことであるからだと、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの精神に触れて説明するものの、こうした考えそのものがいまだ社会全体に浸透していない状況にあって、未熟な彼女たちにとってはその精神性はいま一つ伝わりにくい。結果として、十分な反省・総括ができないままに“手術が終わり、クリニックを去っていく”そうした現実を目の当たりにする。中絶体験を通して女性の意識が変わり、どれだけ啓発されたのか、筆者らの保健指導・支援のあり方、その効果に疑問を持たざるを得ない。一方で、妊娠・中絶の過程に親が介在することにより、当事者が自分の置かれた立場に向き合い、葛藤しつつも悩み考える局面をより作ることができる。それらの過程は親との関係性を感じつつ、女性としての立場や責任性などを考える機会を作らるであろう。結果としてリプロダクティブ・ヘルス/ライツの精神により近づくことになるであろうとの考えから、2006年6月以降、15歳以上でかつ高校3年生までの思春期女性には「親の同意は強制しない」との基本方針は堅持しつつも、積極的に「親への相談を提案する」との方針に修正した。

この方針によって、当事者が実際どのように自分の置かれた立場に向き合い、悩み考え

ることができたのかの多くは知りえない。彼女たちは「突然の妊娠」に驚き、戸惑う気持ちのままに、今後どうすべきかの冷静な対処も儘ならず、まず真っ先に求めたことは、パートナーとは別に信頼できる相談相手であったし、それは必ずしも母親に限ったものではなかった。そのことは初診時に同伴した者が、パートナーが21.1%であったのに対して、母親が26.3% 友人が26.3%、パートナーの母親10.5%、姉5.3%の結果からも明らかであった。手術日の同伴者は、パートナーの同伴が初診時に比して倍増したもののほぼ半数に止まり、母親が42.2%と増加し、その他友人15.8%、パートナーの母親10.5%、姉5.3%だった。手術日には同伴者がなく本人だけだった者は皆無であり、不意の望まない妊娠に際して、思春期女性の不安がいかに大きいか、確かな支援者を求めているか、そうした実態が明らかだった。とくに今回の対象者は高校生のうち2名は定時性高校生と通信教育高校生であり、また両親が離婚していた者は6名と多く、別居中の者も1名おり、家庭背景として親の問題が大きかった。一方パートナーのうち、高校生は約半数を占めたが、うち2名は定時制高校生であり、また中卒と高校中退の社会人が2名、両親が離婚した者が2名おり、平均的・一般的家庭背景にないと思われた者が目立った。こうした背景を考えると、彼女たちがいかに確かな支援者を求めているかは想像に難くない。

親への相談状況についてみると、初診時までに母親に相談した者（ばれた者を含め）は7名36.9%に過ぎず、親に相談できなかった者に対して助産師あるいは看護師が問診・保健指導を行った際に親への相談を提案したが、

手術日までに相談できた者は児童相所の職員から母親に連絡した1名を含め4名(うち1名はばれた)を追加し11名に止まった。相談できた者のうち2名は妊娠・出産を強く望み母親との間で葛藤・緊張関係となったが、残る9名の母親は娘の妊娠を受容し良き相談相手となり、手術日にはうち8名は同伴した。また本人も相談したことで、「安心した・話して良かった・心配かけて申し訳なかった」と72.2%の者は相談したことを肯定的に受け止め、精神的支援を実感していた。なお、父親に相談した者はなく、娘の妊娠を受容できない父親、娘を妊娠させたパートナーやその親への抗議へと展開すれば、いっそう娘の痛手は大きくなることを案じてか、全て母親の判断で父親には知らされなかった。一方、親に相談できなかった者(8名)では、両親が離婚した者3名、母親が宗教人のため妊娠中絶を受容されない者1名、姉が高校中退し妊娠中だった者1名であり、とくに親や家庭内の問題を背景に持つ者が多かった。これらの者では、「親への相談」の提案を受け止めるには大きなハードルがあっただろうと思われた。これらの結果からも、「親への相談・同意」は一律に論じられるものではないことは明らかであり、「親への相談・同意」を強制することは当事者をいっそう窮地に追いやることにもなりかねない。

未成年者の妊娠中絶に際して「親への相談・同意」がなぜ慣習化されてきたのか。民法4、5条では未成年者の法律行為について、「未成年者が法律行為をするには、その法定代理人の同意を得なければならない。」とある。未成年者は同意能力のないとの解釈から、保護者からの責任追及を回避するため

に、いわば医療機関側の都合で保護者の念書は取られてきた。このことは、望まない妊娠をした当事者にとっては、大きな困難に直面することを意味し、それは何よりもプライバシーが認められないという問題である。リプロダクティブ・ヘルスを含む健康への思春期の若者の権利は、1990年「子どもの権利条約」で初めて国際的に承認され、その中で子どものプライバシーを確保する国家の責務を詠っている(第16条)。さらに、自分自身の考えを形成する能力のある子どもに、子どもに影響を及ぼすあらゆる事柄において、それらの考えを自由に表明する権利を保障する責務を扱っている(第12条)⁵¹⁾。このことに触れて弁護士高田俊廣が「医事法制：未成年者における妊娠中絶と同意」に詳しく解説している⁷⁾。未成年者中絶の同意の問題であるが、法律行為についての未成年者の能力は不十分(民法4条)である。しかし、医療(中絶)の同意の問題は本人の生命、身体への侵襲のことなので、未成年者の行為能力の問題ではなく、本人の同意能力の問題であって、中絶の意味、手術方法の内容、予後判断、危険性などについて理解しうる能力のことである。…医療を受けることについての同意能力は、通常、大体15,6歳以上になればあると、一般には解されているようである」と述べている。以上、「子どもの権利条約」および法的解釈からも、15歳以上の未成年者においては、親の同意は必要としないとの見解がコンセンサスを得ていると言えるのであろう。

1994年に国連の国際人口開発会議(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、その「行動計画」では、「若者が責任ある決断を下すために、リプロ・

ヘルスに関する情報やサービスの提供を受ける権利を有することを認め、とくに性教育やカウンセリング・サービスを通じ、若者が自分の性について理解し、望まない妊娠、性感染症や不妊症になる危険から自らを守る」ことが提案された⁸⁾。思春期の若者がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを享受できるための課題の一つとして、妊娠中絶の扱い方、「親への相談・同意」のあり方はとても重要な問題であり、これまでの妊娠中絶に関わる医療のあり方が問われているのである。従来、妊娠中絶に関わる医療は医療者側主導の技術提供を主軸に行われ、結果として、中絶を受ける女性自身の立場、「心の健康」への配慮を置き去りにしてきた⁹⁾。厚生労働科学研究費補助金研究事業(2002～4) 分担研究「人工妊娠中絶後の心のケアのあり方に関する研究」¹⁰⁾では、中絶を受ける側(女性)と中絶を行う側(医療者)について実態調査を行った。中絶に際して女性は「自分の体」「自分の健康」「後悔しないか」などの心配が強く、とくに未婚者では援助を求める気持ちが強かった。しかし、医療者から受けたサポートは少なく、「罪悪感・汚名への不安」などから、うつ傾向を誘発し自尊感情を低下させている実態が明らかになった。一方、医療者251人の調査では、2人を除いて全員が「中絶前後の心のケア」を必要と考えていたが、しかし実際は「時間がない(76人)」「方法がわからない(73人)」などの理由から行っていないと報告されている。

望まない妊娠をした思春期の女性が、親に相談するかどうかを決めるのは女性自身の意思で行われることである。自らの置かれた立場に向き合い、産むか産まないかを意思決

定していくことは、リプロダクティブ・ヘルスを自らの責任において形成していく過程であるが、それは健康支援を受ける権利の保障の上に成り立つことである。そのための新たな医療システムの検討が不可欠であり、「親への相談・同意」のあり方に対する議論はそのことと表裏一体で進められることである。

さいごに

思春期妊娠の背景には、両親の離婚や別居など、親や家庭の問題を背景に持つ者が多い。妊娠中絶手術に際して医療者側の「親への相談・同意」の要求は、当事者の個々の状況に配慮し、より柔軟に行われるべきである。思春期の若者がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを享受できるよう、妊娠中絶に関わる医療の再検討が求められている。

本論文の要旨の一部は、平成20年6月8日第125回日本産婦人科学会東北連合地方部会・学術講演会において発表した。

参考文献

- 1) 日本母性保護産婦人科医会提言：女性の権利に配慮した母体保護法改正の問題点，日母医報5月1日号，2000.
- 2) 竹田理恵他：人工妊娠中絶手術を受ける思春期患者とパートナーの関係性に配慮した支援「ピアサロンを開設して」第3回思春期保健相談士学術研究大会抄録集，2005.
- 3) 日本母性保護産婦人科医会提言(案)：女性の権利に配慮した母体保護法改正の問題点，日母医報8月1日号，1999.
- 4) 日本医師会「診療情報提供に関するガイ

- ドライン検討委員会中間報告」1月12日,
1999.
- 5) 国際連合「子どもの権利条約」1990.
- 6) 房野 桂訳「リプロダクティブ・ライツ—
世界の法と政策—」, 2001.
- 7) 医事法制「未成年者における妊娠中絶と
同意」, 日本医事新報, No.4007, 2001.
- 8) 松本清一: 思春期のヘルスケアとメン
タルケア「性教育のあり方」臨婦産, 57,
1152-1155, 2003.
- 9) 村口喜代: 中絶に心のケアを, 河北新報「論
壇」2月25日号, 2006.
- 10) 佐藤郁夫他: 人工妊娠中絶後の心のケア
の在り方に関する研究, 厚生労働科学研究
費補助金子ども家庭総合研究事業分担
研究報告書, 2004.

原 著

妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係に関する研究

Research on sexual relationship between partners
during pregnancy and postnatal child rearing

秋田看護福祉大学看護学科

玉熊 和子

Tamakuma Kazuko

Akita University of Nursing and Welfare,
Department of Nursing

武蔵野大学看護学科

益田 早苗

Masuda Sanae

Musashino University, Department of Nursing

抄 録

本研究は、妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係の状況を明らかにすることを目的として、質問紙調査を実施した。分析対象は、A・B県内の保健センターのマタニティ・セミナーや、乳幼児健診などを受診した夫婦51組(102部)であった。夫婦ともに性生活を「(とても・どちらかといえば)重要である」としたのは54.9%であり、夫・妻別では「重要である」とした夫が有意に多かった。夫婦ともに性的関心や欲求が「(とても・だいたい)合っている」としたのは45.1%であり、夫・妻別で有意差は認められなかった。将来の性的関係を「妊娠・出産をきっかけに愛情豊かなものになる」とした夫婦は2.2%、「性的関係が少なくなる・全くなくなる」とした夫婦が15.2%であった。また、将来の性的関係の程度を得点化しt検定を実施した結果、夫で有意差を示したのは性に関するコミュニケーションの有無、妻では性的関心や欲求の一致であった。以上から、夫婦間のセクシュアリティについての差異が明らかになった。さらに、夫婦間の性的関心や欲求が一致していること、性に関するコミュニケーションがあるほど将来の性的関係を良好なものと捉えていることが明らかになった。

Abstract

The aim of this study was to identify sexual relationship between male and female partners during and after pregnancy. Subjects were married couples who attended maternity seminars or received infant health checks. The study was conducted using paper-based questionnaires. Valid

responses were 102 (51 pairs). With regard to sex life, the rate for which both partners answered “important” was 54.9%, and more men than women answered “important”. Regarding sexual interest and desires, 45.1% of couples responded they have “matched” interest and desires, but there was no significant difference between male and female partners. Regarding the future, 2.2% of couples responded “pregnancy and child birth will deepen our relationship,” while 15.2% responded “sexual relations will decrease or disappear.” Further, as a result of *t*-test on the level of future sexual relations, significant differences were noted for “communication about sex” for male partners and “alignment of sexual desire and interest” for female partners. From the above results, it was shown that there are differences between male and female partners regarding sexuality, and that couples consider that their future sexual relationship will be better if their sexual desire and interest are aligned and if there is more communication about sex.

Keywords

sexual relationship, sexuality, pregnancy and postnatal child rearing

I. 緒言

妊娠期・産後育児期は、夫婦の性的関係の変容が余儀なくされ、出産後のセックスレスなどの危機を伴うこともある。しかし、我が国におけるセクシュアリティに関する研究は、妊娠中の性の知識や性交頻度、出産後の性交開始・避妊に関する研究が主であり、妊娠期・産後育児期におけるセクシュアリティの実態や性的関係に関する研究は非常に少ない現状である。

妊娠・出産による身体および心理社会的変化は、夫婦間のセクシュアリティに少なからず影響を与えており、著者らの先行研究¹⁾からは、妊娠・出産後の夫婦の性的関係が、夫婦の関係性や親役割の遂行に影響していることが示唆された。このことから、妊娠期・産後育児期の夫婦に関わる看護者には、性交開始や避妊のみの援助にとどまらず、その時期にあるセクシュアリティのニーズを把握し、性的関係を支援する役割が必要である。

II. 研究目的

妊娠期・産後育児期の夫婦の性的関係の援助について検討するために、妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係の状況を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 調査対象および調査期間

対象は妊娠20週以降から、生後1歳6ヶ月児を持つ夫婦とした。A・B県内の保健センター等にて、マタニティ・セミナーや乳幼児健診および各種育児相談を受診した母親494人に調査用紙を配布し、回収された129部のうち102部(51組)を分析対象とした。調査期間は2005年12月～2006年3月であった。

2. 調査方法

研究主旨等に同意の得られた母親に質問紙2部(夫用・妻用)を直接配布し、後日郵送にて回収した。

3. 調査内容

著者らの先行研究¹⁾の結果および、荒木ら²⁾³⁾の用いた「性生活の重要度」・「性に関するコミュニケーション」・「性行為の要求」の質問項目を参考に設定した。

- 1) 対象属性：年齢，職業の有無，妊娠・出産経験
- 2) パートナーとの性的関係：性生活の重要度，性的関心や欲求の一致度，性に関するコミュニケーションの有無，性行為の要求，パートナーとの性的関係における気がかりなこと（複数回答），パートナーとの将来の性的関係の程度の予測

(1) 性生活の重要度については、「性生活はどの程度重要ですか」と質問し、「とても重要である」「どちらかといえば重要である」「あまり重要ではない」「まったく重要ではない」から回答を求めた。

(2) 性的関心や欲求の一致については、「パートナーとあなたの性的関心や欲求は一致していますか」と質問し、「とても合っている」「だいたい合っている」「あまり合わない」「まったく合わない」から回答を求めた。

(3) 性に関するコミュニケーションについては、「性的欲求や要望についてお互いに伝えたり話したりすることがありますか」と質問し、「お互いに話合う」「自分のみ伝える」「相手のみ伝える」「話あうことはない」から回答を求めた。

(4) 性行為の要求については、「性行為の要求はだいたいどちらからですか」と質問し、「自分から」「相手から」「お互いに」から回答を求めた。

(5) パートナーとの性的関係における気がか

りについては、「日常的な愛情の少なさ」など7項目を設定し、複数選択可で回答を求めた。

(6) パートナーとの将来の性的関係の程度の予測については、「将来の二人の性的関係について考えられそうな状況を選んでください」と質問し、「妊娠・出産を機に豊かなものになる」「今まで（妊娠前）と変わらない」「性的関心や欲求や減少し、性的関係が少なくなる」「性的関係がまったくとれず、お互いの関係に距離感が生じる」「わからない」のいずれかから回答を求めた。

4. 分 析

データの集計および解析には、SPSS 13.0 J for widows⁴⁾を用いて記述集計および χ^2 検定・ t 検定等を行った。検定結果の値が0.05未満を統計的に有意とした。 t 検定に際しては、将来の性的関係についての回答項目を4点～0点に得点化して実施した。

5. 倫理的配慮

調査用紙配布時に、研究目的・主旨およびプライバシーの確保，調査協力の任意性，不利益を受けない権利，個人を特定しない方法での結果公表などについて口頭および文書にて説明し同意を得た。また，夫婦間の分析であるため，調査用紙には記号化して同一夫婦を特定すること，夫婦個別に記載・返送することの了解を得た。

また，本研究の実施に際して，秋田看護福祉大学倫理委員会の審査を受け，承認を得た。

6. 用語の定義

本研究では「セクシュアリティ」を、L.カーケンダール (1964) ⁵⁾ の提唱した概念を基本に、夫婦間の性的活動や関係性、日常生活における感情・行動のすべてを含む概念を基本概念とした。そのうえで、「性的関係」を性行動に基づいた夫婦の関係性として用いた。

IV. 研究結果

回収数129部のうち、分析対象は夫婦ともに回収のあった51組 (102部) であり、全回収数の77.9%であった。

1. 対象属性 (表1)

対象となった51組のうち、妊娠期の夫婦11組、産後育児期の夫婦40組であった。そのうち第1子の妊娠中もしくは産後育児中の夫婦が27組であった。

夫の年齢は、平均31.8 (±5.4) 歳、妻は平均29.7 (±4.4) 歳であった。そのほか妊娠期・産後育児期別における年齢・職業の有無・結婚年数については表1に示した。

2. パートナーとの性的関係

1) 性生活の重要度 (表2)

性生活の重要度について、夫では「(とても・どちらかといえば) 重要である」92.0%、「(あまり) 重要ではない」8.0%であった。妻

では、「(とても・どちらかといえば) 重要である」58.8%、「(あまり) 重要でない」41.2%であり、夫・妻ともに「まったく重要ではない」と回答したものはいなかった。夫・妻間の性生活の重要度の差を分析した結果、性生活を重要であるとした夫の割合が有意に多かった ($p<0.001$)。

また、対象夫婦51組のうち夫婦ともに「(とても・どちらかといえば) 重要である」は28組 (54.9%) であり、「(あまり) 重要ではない」は1組 (2.0%) のみであった。

2) 性的関心や欲求の一致度 (表2)

お互いの性的関心や欲求の一致度について、夫では「(とても・だいたい) 合っている」70.0%、「(あまり・まったく) 合わない」30.0%であった。妻では「(とても・だいたい) 合っている」54.0%、「(あまり・まったく) 合わない」46.0%であった。夫・妻間の性的関心や欲求の一致・不一致の差を分析した結果、有意差は認められなかった。

また、夫婦ともに「(とても・だいたい) 合っている」は23組 (45.1%)、「(あまり・まったく) 合わない」は11組 (21.6%) であった。

3) 性に関するコミュニケーション (表2)

二人で性的欲求や要望について話合うかについては、夫では「お互いに話合う」

表1 対象属性

		夫 (n=51)		妻 (n=51)	
		妊娠期 (n=11)	産後育児期 (n=40)	妊娠期 (n=11)	産後育児期 (n=40)
年齢 (歳)	平均 (±標準偏差)	30.3 (±4.7)	32.2 (±5.6)	27.6 (±4.0)	30.3 (±4.3)
職業	有 (%)	11 (100.0)	39 (97.5)	4 (36.4)	17 (42.5)
	無 (%)	0 (0.0)	1 (2.5)	7 (63.6)	23 (57.5)
結婚年数 (年)	平均 (±標準偏差)	2.7 (±2.2)	3.9 (±3.0)	2.7 (±2.4)	4.0 (±3.0)

62.5%,「自分もしくは相手のみ伝える」10.5%,「話合うことはない」27.1%であった。妻では「お互いに話合う」59.2%,「自分もしくは相手のみ伝える」18.4%,「話合うことはない」22.4%であり、夫・妻間に有意差は認められなかった。

また、夫婦ともに「お互いに話合う」は21組(41.2%),「話合うことはない」は4組(7.8%)であった。

また、性的関心や欲求の一致・不一致と性的欲求や要望についての話合いの有・無を、夫・妻別に χ^2 検定をした結果、夫・妻ともに性的関心や欲求が「合っている」ものほど、性的欲求や要望について「お互いに話合う」としたものが有意に多かった(夫 $p<0.01$, 妻 $p<0.05$)。

4) 性行為の要求(表2)

夫婦間において性行為の要求はどちらからするのかについて、夫では「自分から」64.0%,「お互いに」30.0%,「相手(妻)から」6.0%であった。妻では「相手(夫)から」52.0%,「お互いに」42.0%,「自分から」6.0%であった。夫・妻間の性行為の要求はどちらからかについての差を分析した結果、性行為を自分から要求する夫が有意に多かった($p<0.001$)。

5) 現在の性的関係における気がかり(図1)

パートナーとの、現在の性的関係における気がかりなこと(複数回答)として、夫では「二人の時間やスキンシップが少ない」33.3%,「風俗の利用」31.4%,「SEXの回数や内容」29.4%,「自分の性的満足度を理解して

表2 パートナーとの性的関係

	夫 (n=51)	妻 (n=51)	P	全体 (n=102)
	n (%)	n (%)	※)	n (%)
性生活の重要度 (とても・どちらかといえば)				
重要である	46 (92.0)	30 (58.8)		76 (75.2)
(あまり)重要ではない	4 (8.0)	21 (41.2)	***	25 (24.8)
性的関心や欲求の一致度 (とても・だいたい)				
合っている	35 (70.0)	27 (54.0)		62 (62.0)
(あまり・まったく)合わない	15 (30.0)	23 (46.0)	ns	38 (38.0)
性的欲求や要望の話合い				
お互いに話合う	30 (62.5)	29 (59.2)		59 (60.8)
自分もしくは相手のみ伝える	5 (10.5)	9 (18.4)	ns	14 (14.4)
話合うことはない	13 (27.1)	11 (22.4)		24 (24.7)
性行為の要求はどちらからか				
自分から	32 (64.0)	3 (6.0)		35 (35.0)
相手から	3 (6.0)	26 (52.0)	***	29 (29.0)
お互いに	15 (30.0)	21 (42.0)		36 (36.0)

※): 夫・妻間のFisherの直接確率法・ χ^2 検定の結果,

***: $p<0.001$, ns: no significance

注): 欠損値を分析より除外したために総数が異なる。

くれない」23.5%,「性的欲求や関心の不一致」21.6%であった。妻では「二人の時間やスキンシップが少ない」33.3%,「自分の身体的魅力の減少」29.4%,「性的欲求や関心の不一致」23.5%であった。夫・妻ともにスキンシップの少なさや性的欲求・関心の不一致が多かったが、夫では「自分の性的満足度を理解してくれない」($p<0.05$)・「風俗の利用」($p<0.001$)

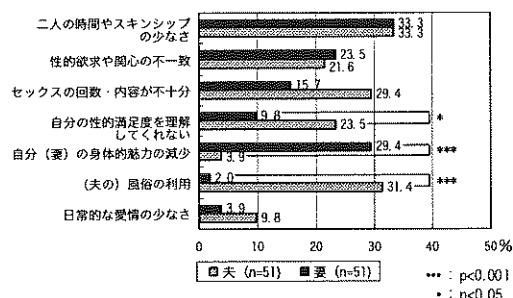


図1 現在の性的関係における気がかり

が有意に多く、妻では「自分の身体的魅力の減少」が有意に多かった ($p<0.001$)。

6) パートナーとの将来の性的関係の程度の予測 (図2)

パートナーとの将来の性的関係として予測される状況について、夫では「今までと変わらない」52.2%、「性的関心が減少し、性的関係が減少する」28.3%、「わからない」8.7%であった。妻では「今までと変わらない」42.0%、「性的関心が減少し、性的関係が減少する」34.0%、「妊娠・出産を機に豊かになる」18.0%であった。

また、夫婦ともに「今までと変わらない」は12組 (26.1%)、「性的関心が減少し、性的関係が減少する」は6組 (13.0%)、「妊娠・出産を機に豊かになる」と「性的関係が全くとれなくなる」は1組 (2.2%) ずつであった。

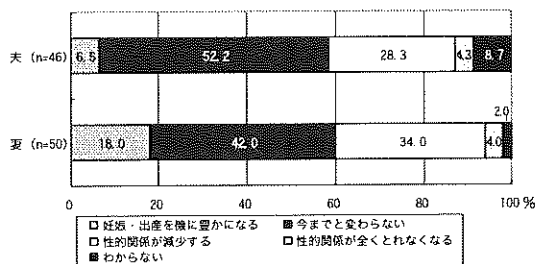


図2 将来の性的関係の予測

7) 現在の性的関係と将来の性的関係の予測 (表3)

パートナーとの将来の性的関係の程度を得点化して比較すると、夫 2.4 ± 1.0 点 (中央値 3.0, 範囲 0~4 点), 妻 2.7 ± 0.9 点 (中央値 3.0, 範囲 0~4 点) であり夫・妻間に有意差は認められなかった。また、現在の性的関係から、将来の性的関係の程度を比較すると、夫では性的欲求や要望について「お互いに話合う」としたグループが 2.8 ± 0.8 点, 「一方のみまたは話合いなし」としたグループが 1.7 ± 1.1 点であり、性的欲求や要望についての相互の話合いの有無により、将来の性的関係の程度に有意差が認められた ($p<0.01$)。また、妻では性的関心や欲求が「合っている」としたグループが 3.0 ± 0.9 点, 「合わない」としたグループが 2.4 ± 0.8 点であり、性的関心や欲求の一致・不一致により、将来の性的関係の程度に有意差が認められた ($p<0.05$)。

表3 現在の性的関係と将来の性的関係の程度

	将来の性的関係 夫			将来の性的関係 妻		
	n	(Mean $\pm$ SD)	p*)	n	(Mean $\pm$ SD)	p*)
性生活の重要度	46	2.4 ± 1.0		50	2.7 ± 0.9	
重要である	42	2.5 ± 1.0	ns	30	2.8 ± 0.8	ns
重要でない	3	2.0 ± 1.7		20	2.5 ± 1.0	
性的関心や欲求の一致	31	2.55 ± 1.2	ns	26	3.0 ± 0.9	*
合っている	14	2.2 ± 0.6		23	2.4 ± 0.8	
性的欲求や要望の話合い	30	2.8 ± 0.8	**	29	2.8 ± 0.7	ns
お互いに話合う	14	1.7 ± 1.1		19	2.7 ± 0.9	
性的欲求や要望の話合い	15	2.6 ± 1.0	ns	21	2.9 ± 0.8	ns
一方のみまたは話合いなし	30	2.4 ± 1.0		28	2.6 ± 1.0	
性行為の要求	15	2.6 ± 1.0	ns	21	2.9 ± 0.8	ns
お互いに	30	2.4 ± 1.0		28	2.6 ± 1.0	
自分もしくは相手から	30	2.4 ± 1.0	ns	28	2.6 ± 1.0	ns
自分もしくは相手から	30	2.4 ± 1.0		28	2.6 ± 1.0	

*) : 夫・妻別の t 検定, ** : $p<0.01$, * : $p<0.05$, ns : no significance

注) : 欠損値を分析より除外したために総数が異なる。

「将来の性的関係」については、「妊娠・出産を期に豊かになる」4点, 「今までと変わらない」3点, 「性的関心が減少し、性的関係が減少する」2点, 「性的関係が全くとれなくなる」1点, 「わからない」0点に得点化して用いた。

V. 考 察

妊娠・出産による身体および心理社会的変化は、新たな家族を迎え、親役割を担うことにより夫婦の関係性を強くする一方、性的関係の変容が生じるため夫婦の関係性に危機をもたらす可能性もある。中高年における性のトラブルには、夫婦としての歩みの中で性に関するトラブルを未解消、未解決のまま過ぎてきたことが背景にある⁶⁾とも述べられており、夫婦として新たなステージを迎えるこの時期の性的関係を支援することは、成熟期以降の夫婦の関係性においても重要な課題である。

1. 性生活の重要度

性生活について夫は「重要である」、妻は「重要ではない」としており、夫・妻間における顕著な差が認められた。荒木ら²⁾の中高年を対象とした調査結果では、約70%の男性が性生活を重要としており、女性より多いことが報告されていた。本研究結果では約90%の夫が重要としており、このことは対象の調査年代が30歳代前後であり、心身ともに活発な性的活動に由来するものと考えられた。合わせて、妊娠・出産による夫婦の性生活の減少により、性的な渴望感から性生活を必要とする夫の内的意向とも推測された。一方、妻については「重要である」という割合は前述²⁾の報告とほぼ同様の結果であったが、「重要ではない」とする割合は本研究結果のほうが多かった。このことは、妊娠・出産に伴う心身の生理的变化、慣れない育児や睡眠不足などにより、性的関心や欲求が減退し、性的関係に対する妻のネガティブな意向が反映されており、この時期の女性の特徴であると

考えられた。

2. 性に関するコミュニケーション

夫・妻間における性的関心や欲求の一致度および、性的欲求や要望についての話し合いの有無において差は認められなかったが、パートナーとの性的関心や欲求の一致しているものほど、性に関してお互いにコミュニケーションをとっているものが多いことが明らかになった。このことは、性的関心や欲求が「合っている」・性的要求や要望について「お互いに話合う」とした夫・妻の割合が約50～70%であったことが理由の一つとして考えられた。また、夫婦間で性的活動・性的習慣のレベルが同程度の場合は、抵抗なく性に関してコミュニケーションがとれるかもしれない。しかし、そのレベルが異なる場合に、夫婦どちらかからの一方的なもしくは「話合うことはない」という結果につながったのではないかと考えられた。

さらに、二人の性的関係においては、夫は自分の「性的満足度を理解してくれない」ことや「(自分の)風俗の利用」を、妻は「(自分の)身体的魅力の減少」を気がかりとして挙げ、夫・妻間に顕著な差が認められた。夫では性的な満足が得られていないことが風俗の利用に結びついているとも推測された。一方、妻は妊娠・出産によりボディイメージの変化を気がかりとしており、お互いに性に関するデリケートな問題を抱え、その問題を伝えていない・理解していない状況があると考えられた。既に妊娠期・産後育児期の時点で、性に関するコミュニケーションの不足の傾向があり、その後の夫婦の性的関係に影響をおよぼす可能性があると考えられた。

また、性行為の多くは夫から要求していることが多く、妊娠期・産後育児期においても性生活は男性主導であった。

3. 将来の性についてのパートナーシップ (性的関係)

パートナーとの将来の性的関係の程度については、約40～50%の夫・妻がともに「今まで(妊娠前)と変わらない」としており、「妊娠・出産を機に豊かになる」とした夫は10%未満、妻では20%未満であった。また、夫婦ともに将来の性的関係は「妊娠・出産を機に豊かになる」と予測したのはわずか1組のみであり、残りの夫婦は将来の性的関係について消極的・否定的な予測をしていた。安田⁷⁾は「育児期の性の満足度は新婚期より低下し、それ以降もさらに低下する。そして、50代以降になると性の重要性が低下し夫との性の関係が希薄化の傾向が強まっていく。」と述べていた。本研究の調査時点での予測では極端に悲観すべき結果とは言いがたいが、「今まで(妊娠前)と変わらない」という予測は決して楽観すべき状況ではなく、性的活動に変化が生じるこの時期に、お互いの性的関係を捉えなおすことをしなければ、お互いの性を重要視しないという結果が予測される。さらに、夫では性に関する相互のコミュニケーションがあること、妻では性的関心や欲求が一致していることが、将来の性的関係を良好なものと予測しており差が認められた。黒田⁸⁾の虚血性心疾患患者(男性)を対象にしたセクシュアリティ調査結果によると、セクシュアリティの中の「夫婦の関係性」において、妻との意見の一致、妻への情緒の表出、妻に対する満足、妻との結びつきはそれぞれ

相関していた。とりわけ、妻との意見の一致は、妻との結びつきと有意な強い相関があったことが報告されていた。今回の結果を上述⁸⁾の結果と照らし合わせてみると、本調査における夫の場合は意見の一致、つまり性に関するコミュニケーションをとることにより、お互いの状況を理解し、相互の欲求や要望の調整がなされ、そのことが妻(パートナー)との結びつき(将来の良好な性的関係)につながったと考えられた。一方、本調査結果による性的関心や欲求の一致が、性に関するコミュニケーションへとつながっていたことを考慮すると、妻の場合は夫と性的関心や欲求が一致していることが必要であると考えられた。しかし、妊娠・出産に伴う生理的変化や心理社会的変化により、おおよそ性的関心や欲求が減退することは自然なことである。よって、この時期の性的関係の支援としては、夫婦の相互の性的活動について理解を深めるためのケアが必要である。

従来、助産師は出産後の性のケアにおいて、夫の性的欲求に配慮して、産後1ヶ月からの性交開始が可能なことやその際の避妊の実施を優先的に妻に指導していた。しかし、本研究結果によるとその指導内容に見直しが必要であり、妻の身体および心理社会的変化を考慮して、お互いの性的活動の変化や性の満足度を理解するための援助が必要である。

安田ら⁹⁾の調査結果では30代から性の問題を認識している女性が多いことが報告されており、このことも含め子どもを育てるといふ大事な過程において、二人で解決していかなければならない性の問題は多い。お互いの性的活動に差があるときに、性に関するコミュニケーションをとること、お互いのセク

シュアリティの差異を理解することが、性の良好なパートナーシップ (性的関係) を構築し、夫婦の危機的状況をも回避することにつながると考えられた。

V. 結 論

本研究では、妊娠期・産後育児期の夫婦の性的関係の状況を明らかにすることにより、この時期に必要なとされる性的関係の支援に向けた示唆を以下に得ることができた。

1. 性生活の重要度については、90%以上の夫が性生活を「重要である」としており有意差が認められた。
2. 夫婦間の性的関心や欲求の一致度および、性に関するコミュニケーションの有無について男女差は認められなかった。しかし、夫・妻ともに性的関心や欲求が一致しているものほど、性的欲求や要望についてお互いに話し合うものが有意に多かった。
3. 性行為の要求については、夫から性行為を要求する割合が有意に多かった。
4. パートナーとの現在の性的関係において、夫では「自分の性的満足度を理解してくれない」「(自分の) 風俗の利用」を、妻では「(自分の) 身体的魅力の減少」を気がかりとしているものが有意に多かった。
5. 夫は性に関するコミュニケーションがあること、妻は性的関心や欲求が一致していることが、パートナーとの将来の性的関係を良好なものと予測していた。

VI. おわりに

本研究は、妊娠期・産後育児期の夫婦の性

的關係の実態を明らかにすることを目的とし質問紙調査を実施した。その結果、夫婦の性的関係において差異が認められ、性に関するコミュニケーションの必要性が明らかになった。性についてのパートナーシップの構築を考慮すると、妊娠期・産後育児期に関わらず、ライスステージを通して継続支援していくことが必要であると認識された。

文 献

- 1) 玉熊和子、益田早苗：産後育児期の夫婦のセクシュアリティについての検討－母親へのインタビュー調査結果から－、日本性科学会雑誌、24 (1)：33-41、2006。
- 2) 荒木乳根子他：中高年のセクシュアリティ－男女のパートナーシップの現状について－、日本性研究会議会報12巻第1号、2000。
- 3) 荒木乳根子：中高年単身者別のセクシュアリティ－男女別・年代別の全調査内容、日本性科学会雑誌、23：6-32、2005。
- 4) SPSS BASE SYSTEM, ver 13.0J for windows, エス・ピー・エス・エス株式会社。
- 5) 財団法人性教育協会編：現代性教育研究創刊号、1972。
- 6) 村瀬幸浩：最新版セクソロジー・ノート、十月舎、東京、2004。
- 7) 安田かづ子：40代から60代における有配偶者女性の結婚の満足と性の満足、日本性科学会雑誌、24 (1)：23-32、2006。
- 8) 黒田裕子：虚血性心疾患を持ちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフに関する記述的研究－日常生活の管理とセクシュアリティからの分析、看護研究、25 (2)：158-177、1992。

- 9) 安田かつ子, 細江容子: 30～60代の有配偶者女性の性交回数にかかわる要因の検討, 母性衛生, 47 (4): 667-674, 2007.

本稿は, 第27回日本看護科学学会学術集会において発表した内容を加筆・修正したものである。

尚, 本研究は文部科学研究若手研究 (B) による助成を受け, 平成16年度～平成18年度に行った「周産期の女性の心身社会的変化が夫婦の性意識・性行動に及ぼす影響に関する研究」(課題番号・16791397, 研究代表者・玉熊和子) の一部である。

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4編 肛門性交についての考察

Part4 : Discussion over the anal Sex

あべの橋医院

Abenobashi STD Clinic

丸山 治朗 前野二三代

MARUYAMA Jiro MAENO Fumiyo

抄 録

平成6年から17年までの12年間における、あべの橋医院性病科外来男性患者6,244人のうち、肛門性交実施者90人についての調査である。そこで性行動5群分類方式を用いて明らかにしようと考えた。分類方式では膣性交(V)、フェラチオ(F)、肛門性交(A)、その他(他)と略記し、I群(V+F+A)、II群(F+A)、III群(V+A)、IV群(A)、V群(他)と標記した。

先ず試みた①肛門性交の相手性別では、男性36人、女性54人であった。I群では女性50人、男性なし。II群では男性34人、女性2人、III群では女性2人、IV群では男性2人であった。②肛門性交者の年齢は10才代1人、20才代23人(25%)、30才代26人(29%)、40才代23人(25%)、50才代17人(19%)であった。③肛門性交の経年群別人数、肛門性交者数、コンドーム使用者人数を調べた。④肛門性交時の群別コンドーム使用者数及び型分類上でのコンドーム使用者を調べ、更に避妊目的のコンドーム使用者数を調べたところ、女性52人のうちI群10人、III群1人の計11人(21%)であった。⑤肛門性交による疾患の群別、個人単位別の罹患率を調べ、更に肛門性交時の罹患疾患別の群別及び罹患率(概数)を調査した。

Abstract

Of the 6,244 males who were managed as outpatients at the Department of Venereology, Abenobashi Clinic during the 12-year period from 1994 to 2005, the 90 males who had performed anal sex were investigated. The purpose of the study was to elucidate the characteristics of their sexual behaviors using the 5-category classification system. According to this classification, sexual behaviors are classified as vaginal sex (V), fellatio (F), anal sex (A) and others (O). The subjects were divided into Group I (V+F+A), Group II (F+A), Group III (V+A), Group IV (A) and Group V (O) according to their sexual behaviors. The partner for anal sex was male for 36

subjects and female for 54 subjects. Then, the partner for anal sex was analyzed in each group. In Group 1, anal sex partner was female for 50 subjects and male for no subject. In Group II, the partner was male for 34 subjects and female for 2 subjects. In Group III, the partner was female for 2 subjects. In Group IV, the partner was male for 2 subjects. When the age of the subjects who had performed anal sex was analyzed, age was 10-19 in one subject, 20-29 in 23 subjects (25%), 30-39 in 26 subjects (29%), 40-49 in 23 subjects (25%) and 50-59 in 17 subjects (19%). We also analyzed the duration of habitual anal sex, the number of subjects who had performed anal sex and the number of subjects who used condom during anal sex. Then, we analyzed the number of subjects in each group who used condom during anal sex, the number of subjects who used condom for each type of sex, and the number of subjects who used condom for the purpose of contraception. During sex with 52 females, condom was used by 11 subjects (21%) in total (10 subjects from Group 1 and 1 subject from Group 111). The incidence of disease associated with anal sex was investigated among the 90 subjects who had performed anal sex accompanied analysis of the prevalence in each group. Furthermore, the prevalence of each disease at the time of anal sex (the approximate absolute number and percentage) was investigated for the entire population (90 subjects) and each group.

Key words : anal sex, sexual behavior 5-category classification, disease prevalence, condom use

緒 言

エイズ発生以来同性間の肛門性交が問題となり、古来より男性集団において行われてきた行為が世上に浮上してきた。すでに多くの人々により研究や対策が進んでいるが、わが国では未だ進行を阻止できるまでには至っていない。この時において、臨床の場で得られたデータを提示し、些かでも協力できないかと考えて以下に纏めたものである。

調査方法

あべの橋医院性病科外来男性患者で、平成6年から17年までの肛門性交実施者90人を対象とした。

調査成績

1) 5群分類方式(表1)を示す。すでに発表している方式¹⁾を、肛門性交(anal sex : A)を主にした分類にすると表1になる。Vは膣性交、Fはフェラチオを意味する。

表1 肛門性交時の5群分類

	V	F	A
I 群(V+F+A)	+	+	+
II 群(F+A)	-	+	+
III 群(V+A)	+	-	+
IV 群(A)	-	-	+
V 群(その他)	-	-	-

膣性交 (vaginal sex: V)
フェラチオ(fellatio : F)
肛門性交(anal sex: A)

2) 肛門性交の群別にみる相手の性別(表2)において、群別の人数及び相手の性別を調べた。I群(V+F+A)の50人の相手はすべて女性であり、II群(F+A)の36人の相手は、男性34人、女性2人で圧倒的に男性が多い。III群(V+A)では相手は女性のみ2人。IV群(A)の相手は男性のみ2人となる。以上から相手は、男性36人(40%)、女性54人(60%)となる。

表2 肛門性交時の群別にみる相手の性別

相手	I群 (V+F+A)	II群 (F+A)	III群 (V+A)	IV群 (A)	合計	%
男性	0	34	0	2	36	40
女性	50	2	2	0	54	60
合計	50 (56%)	36 (40%)	2 (2%)	2 (2%)	90 (100%)	

3) 肛門性交群別年齢別人数(表3)において、各群の年齢別人数を合わせると次のようになる。10才代1人(1%)、20才代23人(26%)、30才代26人(28%)、40才代23人(26%)、50才代17人(19%)となる。

表3 肛門性交群別年齢別人数 (n=90)

群	10代	20代	30代	40代	50代	合計	%
I群(V+F+A)	1	11	13	17	9	50	56
II群(F+A)	1	11	13	4	7	36	40
III群(V+A)		1		1		2	2
IV群(A)				1	1	2	2
合計	1 (1%)	23 (26%)	26 (28%)	23 (26%)	17 (19%)	90	(100%)

4) 肛門性交の群別人数及びコンドーム使用者数(表4)では年度別群別人数と群内でのコンドーム使用者数を調べたものである。各年度の調査総数に対する肛門性交者の人数は、4~13人で総計90人である。肛門性交の総数90人中コンドーム使用者は25人(28%)である。12年間の調査総数6,244人中肛門性交者は90人(1.4%)である。

表4 肛門性交の群別人数及びコンドーム使用者数の逐年推移(H6~H17年)

年度	I群 (V+F+A)	II群 (F+A)	III群 (V+A)	IV群 (A)	肛門性交 実数	(%)	コンドーム使用 人数	(%)	調査 総数
H6	2	1	0	0	3	0.7	1	33	407
H7	6	0	0	1	7	1.7	2	29	402
H8	8	3	0	0	11	2.5	3	27	434
H9	5	2	0	0	7	1.5	2	29	470
H10	4	5	0	0	9	1.6	1	11	552
H11	2	1	1	0	4	0.6	1	25	640
H12	3	4	0	0	7	1.2	2	29	581
H13	2	3	0	0	5	0.8	1	20	604
H14	4	9	0	0	13	1.9	5	38	661
H15	6	5	0	0	11	1.8	1	9	588
H16	1	3	0	0	4	0.8	2	50	505
H17	7	0	1	1	9	2.3	4	44	400
合計	50	36	2	2	90	(1.4)	25	(28)	6,244

5) 次に肛門性交時の群別コンドーム使用症例(表5)についてみると、I群(V+F+A)の相手は女性のみ50人である。型分類を5つに分けてみると、V+F+A(1人)、V+A(7人)、Vノミ(2人)、F+A(0人)、Aノミ(3人)の13人(26%)である。そのうち全ての接触部位にコンドームをつけた人数はV+F+A(1人)で、コンドーム使用者内では8%、群内では2%である。II群(F+A)の相手は、男性34人、女性2人の計36人で、型分類ではF+A(2人)、Aノミ(9人)の合計11人(30%)であった。そのうち完全防護者はF+Aの2人で、コンドーム使用者中18%、群内では6%であった。III群(V+A)では相手は女性2人で、型分類では

表5 肛門性交時の群別コンドーム使用症例 (H6~H17年) n=6,244人

群別	相手人数	型分類	コンドーム使用者数(%)	群内完全防護者数(%)
I群(V+F+A)	男性 0 女性 50	V+F+A ----- 1 V+A ----- 7 Vノミ ----- 2 F+A ----- 0 Aノミ ----- 3	13人(26%)	1人(2%)
II群(F+A)	男性 34 女性 2	F+A ----- 2 Aノミ ----- 9	11人(30%)	2人(8%)
III群(V+A)	男性 0 女性 2	V+A ----- 0 Vノミ ----- 1 Aノミ ----- 0	1人(50%)	0人
IV群(A)	男性 2 女性 0	Aノミ ----- 0	0人	0人
合計	90人(男性36人、女性54人)		25人(28%)	3人(3%)

妊娠のためのコンドーム使用は女性52人のうちI群(V)10人、II群(V)11人の計21人(21%)である。

V+A (0), Vノミ (1人), Aノミ (0人) の計 1人(50%)であった。完全防護者はなかった。Ⅳ群(A)では相手は男性2人で、型分類ではAのみで、コンドーム使用者はなかった。一方避妊のためのコンドーム使用をⅠ群50人とⅢ群2人の計52人でみると、Ⅰ群10人、Ⅲ群1人の計11人(21%)である。

6) 肛門性交による疾患の群別(表6)について個人単位でみると、Ⅰ群(V+F+A) 50人(56%), Ⅱ群(F+A) 36人(40%), Ⅲ群(V+A) 2人(2%), Ⅳ群(A) 2人(2%)の90人である。Ⅰ群(V+F+A)では単一疾患だけであるが、Ⅱ群(F+A)では混合感染が認められる。

次に各疾患について述べると、GU 15人(17%), CTU 10人(11%), GU・CTU 2人(2%), NG・NCTU 18人(20%), NGU 2人(2%) GU・梅毒 1人(1%), 梅毒 7人(8%), 梅毒・尖圭コンジローマ・HIV感染症1人(1%), 尖圭コンジローマ2人(2%), 陰部ヘルペス3人(3%), 毛虱2人(2%), 陰部湿疹5人(5%), 包皮炎6人

表6 肛門性交時の疾患の群別(個人単位)

疾患名	Ⅰ群 (V+F+A)	Ⅱ群 (F+A)	Ⅲ群 (V+A)	Ⅳ群 (A)	合計	%
GU	7	7		1	15	17
CTU	9	1			10	11
GU・CTU	1	1			2	2
NG・NCTU	13	4	1		18	20
NGU	1		1		2	2
GU・梅毒		1			1	1
梅毒・	2	4		1	7	8
梅毒・コンジローマ・HIV		1			1	1
尖圭コンジローマ		2			2	2
陰部ヘルペス	1	2			3	3
毛虱	2				2	2
陰部湿疹	1	4			5	5
包皮炎	4	2			6	7
毛のう炎(陰部)	1				1	1
罹患疾患なし	8	7			15	17
合計	50 (56%)	36 (40%)	2 (2%)	2 (2%)	90 (100%)	

GU:淋菌性尿道炎、CTU:クラミジアトラコマテイス尿道炎、NGU:非淋菌性尿道炎
GU・CTU:淋菌・クラミジアトラコマテイス尿道炎、
NGU・NCTU:非淋菌・非クラミジアトラコマテイス尿道炎、

(7%), 毛虱炎(陰部)1人(1%), 罹患疾患なし15人(17%)となる。なお尿道炎ではNG・NCTUが18人(20%), つづいてGU15人(17%), CTUが10人(11%)と続き、NG・NCTUの増加傾向が目立っている。

7) 肛門性交時の罹患疾患の群別及び罹患率(表7)では、混合感染の疾患を個の疾患別に分離集計したものである。罹患率でみると尿道炎は延48人(1/2人), 梅毒は延9人(1/10人)尖圭コンジローマは延3人(1/31人), HIV感染1人(1/93), 陰部ヘルペス3人(1/31人), 毛虱2人(1/47人), その他の皮膚疾患12人(1/8人), 罹患疾患なし15人(1/6人)であった。

表7 肛門性交時の罹患疾患別の群別及び罹患率

疾患名	Ⅰ群(V+F+A) 人数(N)罹患率 (%)	Ⅱ群(F+A) 人数(N)罹患率 (%)	Ⅲ群(V+A) 人数(N)罹患率 (%)	Ⅳ群(A) 人数(N)罹患率 (%)	合計 (延人数)	罹患率 (%)
尿道炎	31 (62%) 1/2人	14 (35%) 1/3人	2 (100%) 1/1人	1 (50%) 1/2人	48	(18%) 1/2人
梅毒	2 (4%) 1/25人	4 (10%) 1/7人			6	(10%) 1/10人
尖圭コンジローマ		3 (8%) 1/12人			3	(3%) 1/31人
HIV感染症	1 (2%) 1/50人	1 (3%) 1/31人			1	(1%) 1/93人
陰部ヘルペス	2 (4%) 1/25人	2 (5%) 1/20人			3	(3%) 1/31人
毛虱	1 (2%) 1/50人	2 (5%) 1/20人			2	(2%) 1/47人
皮膚疾患	6 (12%) 1/8人	6 (15%) 1/7人			12	(13%) 1/8人
罹患疾患なし	8 (16%) 1/6人	7 (18%) 1/8人			15	(16%) 1/6人
合計	50 (54%)	36 (42%)	2 (2%)	2 (2%)	90 (100%)	

①特定疾患の罹患率は、一定数の患者数(各群の人数と総数の中で何人(例)に1人(例)の割合で特定疾患が発生するかを求めたものとし百分率で示した。
②延人数となったのは合併症を疾患別に分離集計したため

8) 肛門性交時のコンドーム使用者25人の型別人数(図1)を示すと、Aノミ(12人)48%, V+A(7人)28%, Vノミ(3人)12%, F+A(2人)8%, V+F+A(1人)4%となる。

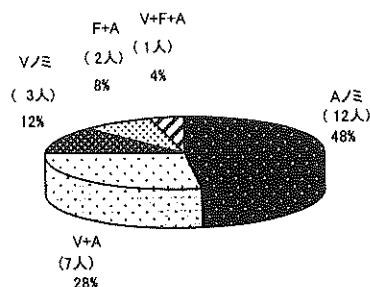


図1 肛門性交時のコンドーム使用者25人の型別人数

考 察

表1のように、肛門性交(A)を主にした5群分類方式にすると理解し易く、主要群がⅠ群とⅡ群である点が明白である。表2から、相手は女性の方が男性より多いことがわかる。一方Ⅲ群からⅠ群へ、またⅣ群からⅡ群へと移動し易いと考えられる。性行動は単一の行動で終わることは少なく、多くの行動複合体であることより当然であろう。以上から調査はⅠ群(V+F+A)とⅡ群(F+A)を中心にして行うことが大切である。表3からは、対象年齢は主として20才代から50才代までの男性であるが、高年齢社会となると50才以上も範囲に入れて調査対象とする必要であろう。表4及び表5により、コンドームの使用が詳細に分かるようになった。この事実から大きな問題が浮き上がってきた。即ち、従来のコンドーム使用についての聞き方で「この時にコンドームを使いましたか」では25人(28%)の人が「使いました」と答えた。しかしより詳しく聴いた結果、完全に接触部位をコンドームで防護した人は、Ⅰ群1人、Ⅱ群2人であり、全体でみると3人(3%)となる。その差の著しいことから、聴き取りの仕方には十分に注意しなければならない。

表6及び表7において見ると、Ⅰ群では単一の疾患のみであるが、Ⅱ群では混合感染が見られる。肛門性交の場合は膣性交の場合に

比べて、直腸の粘膜がより傷つき易く、出血し易いために血液に触れる場合があり、また糞便とも接触する機会が生じることである。一方、罹患疾患なしの人が15人あり、6人に1例の割合で見出されていることも認識しておく必要があろう。疾患として多いのは尿道炎や梅毒で、この傾向は変わらないようだ。HIV感染はⅠ例と少なかったが、現在ではもう少し増えているであろう。各疾患の罹患率が何人に1例の割合で起こるかを長い間調べたいと思っていたが、やっと達成できた。

まとめ

肛門性交者に対し、5群分類方式を手段として用いることで得た結果は次のようになる。

- ①年齢分布 ②相手の性別 ③群別人数、肛門性交者数及びコンドーム使用者数逐年推移 ④群別・型分類によるコンドーム使用者数 ⑤避妊の為にコンドーム使用者数 ⑥群別・個人(単位別)の罹患疾患 ⑦罹患疾患の群別人数と罹患率

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3編性行動分類よりみたコンドーム使用に関する考察, 日本性科会雑誌25: 38, 2007.

症 例

未完成婚に対するバイアグラの使用経験

——近畿地区研修会から——

岩佐クリニック

岩佐 厚

2008年2月24日、大阪市立大学病院で行なわれた研修会にて検討していただいた症例である。当院は、泌尿器科専門クリニックであるので、男性に対する性機能障害治療およびペアカウンセリングを行なっている。

[症 例]

夫：39歳 妻：35歳

主訴：未完成婚

結婚歴：6年2ヶ月、見合い結婚

夫の家族：父、母、妹

妻の家族：父、母、妹

治療：約4ヶ月。面接はすべてペアカウンセリングの形で3回。他に電話2回。

転帰：治癒、妊娠

来院までの経過

結婚後、最初の性行為でうまくいかず、それ以後も何度か試みるが陰挿入は一度もできていない。その後も軽いタッチングは試みるが、それ以上の行為に発展しない。妻から当院に電話があり、予約を取った。

第1回面接：X年8月下旬

妻との面接：活発な印象であり、相手の話をよく聞くことができる。2年前まで仕事をしていたが、現在はしていない。結婚まで

に夫以外との性交渉はあり、性交通や挿入困難はなかった。現在は、月に1回のペッティングはあるものの、挿入には至っておらず、夫は勃起もしていないと思うと語る。夫婦共に子供が欲しいと考えている。双方の両親とも「未完成婚」であることは知らない。夫の妹が結婚して子供ができ、夫の両親から子供のことをよく言われるようになった。夫は人間的には良い人で、結婚生活は続けていきたいと思っている。

夫との面接：高校の数学教師。おとなしい性格だが暗い印象はない。結婚する前に女性との性交渉はあり、挿入射精もできた。マスターベーションは2～3年していない。夢精もはっきりしない。結婚後、最初の性行為でうまくいかず、それ以後何度か試みるが挿入は一度もできていない。最近、朝の勃起もなく、性欲もなくなってきたと感じている。勃起できたらセックスはしてみたいし、子供も欲しいと思っている。「クリニックに電話するだけでも大変な覚悟が必要だったと思う」といい、妻に対して気苦労をかけたことは理解している。

夫に対する働きかけ：カウンセリングに来ると、それだけで安心して任せてしまう男性が多いが「同じ土俵に上った」と認識すること。特に女性は月経と共に時が刻まれて

行くという意識があるので、不十分な取り組みでは通用しないことを自覚するように説明した。

ペアカウンセリングでのまとめ：第1回

- ①夫だけの問題と考えずに二人の問題として捉えよう。
- ②言いたいことはきちんと伝えよう。
- ③膣挿入は禁止。まずバイアグラを内服してのタッチングを次回までに4回行い、互いの性感を探り合うこと。
- ④挙児のことで時間が切迫している気持ちは理解できるが、夫婦生活と分けて考えよう。挙児に関しては人工授精という方法もある。

次回予約：妻が切迫した気持ちでいたことと、旅行という普段と異なるイベントが用意されていたので、2週間後と通常より少し早めに設定した。

第2回面接：X年9月上旬

夫との面接：初回に比べて機嫌がよく、目を見て話をするようになった。タッチング4回の指示に対して、妻の働きかけに応えられなかった。旅行中に1回チャンスがあり、バイアグラ25mg錠を服用して勃起し、禁止されていたにもかかわらず、5分間程度挿入し射精したとのことであった。夫はこれからも同様の機会を持ちたいと思い、バイアグラの追加処方を希望した。

妻との面接：すぐに「宿題」のタッチングを試みるつもりであったが、夫に先延ばしされていたという。夫に「いつするのか？」ときいてもはっきりした返事はなかった。旅行に行ってから、夫から誘ってきて挿入射精ができた。ほっとした感じで嬉しかっ

たと述べる。妻も緊張していてあまり膣が湿潤しなかったようである。カウンセリングに来てから、夫への声かけがし易くなったという。目途が立って気持ちに余裕が出てきた。

妻への働きかけ：挿入を禁じていたことが、かえってプレッシャーを感じさせなくて良かったのかもしれない。次回も夫を受け入れてもよいことを確認。

夫への働きかけ：挿入にこだわることなく「夫婦生活の時間を楽しむ」ことをテーマにしようとの姿勢を求めた。気持ちよく感じるところがあれば積極的にアピールし、挿入する時にはゼリーを使ってみようと提案した。

ペアカウンセリングでのまとめ：第2回

挿入射精を禁じてはいたが、二人の了解のもとに進んだので問題ない考える。しかし「挿入・射精」にこだわらず、週に1回程度の機会を持つようにしよう。「夫は概ね1回」妻は「最低1回」と解釈しがちなので「最低1回」というように具体的に決めた方が良い。「楽しむ」ことがテーマなので、タッチングは自分の気持ちの良い部分を相手に伝え合おう。ベッドだけではなく、一緒に入浴しても良いであろう。

次回予約：X年10月中旬

電話：次回予約日の前日に妻から電話あり。夫の母親が入院中で、夫婦で看病しているのでカウンセリングを延期して欲しいとの夫の希望を伝えてくる。院長が直接対応し、予約をX年11月中旬に変更する。

第3回面接：X年11月中旬

妻との面接：夫の実家に行っていたので、チャンスは1回であった。十分膣が湿潤し、ゼリーを使う必要はなかった。夫に何度か声をかけたが、その日になると何かと理由をつけては先に延ばし、なかなか行動に移さなかった。基礎体温を再開していた。

妻への働きかけ：基礎体温が不安定なら婦人科を紹介しようとする。

夫との面接：10月下旬にセックスをした。1回で挿入。射精もできた。バイアグラ50mgを服用したがあまり効果がなかったように感じる。妻の方から声をかけて誘ってきた。週1回は試してみたいと思う。積極的な姿勢を示す発言になってきているが、高校3年生の担任で忙しいとも言う。

ペアカウンセリングでのまとめ：第3回

どちらから声をかけても良い。いやな時は拒否しても良いが、理由を説明するようにしよう。3ヶ月で1回のセックスで挿入射精するより、挿入射精にこだわらない夫婦の時間を数多く持った方が良い。

次回予約：X+1年1月中旬

電話：次回予約の前日に妻より電話あり。妊娠し、夫婦ともども喜んでいる。同年8月出産予定で「夫はまた受診すると思います。よろしくお願いします」とのことであった。

[検討会での討議]

未完成婚に対して、バイアグラを使用して勃起を図り、カウンセリングでは膣挿入を禁じるという、逆説的手法を用いて挿入射精が可能になった症例である。夫の性歴と日常の性行動をもう少し詳しく聴取する必要があるのではないかと指摘があった。本例を含め、同様のケースにおいて、妊娠出産後もセックスが再開、維持されているかは不明である。しかし、第1子の妊娠出産後、第2子を希望して再度カウンセリングを希望してくるカップルがある。このことから、夫婦間のコミュニケーションがうまく図れない場合には、育児希望が叶って妊娠出産した後も、セックス・挿入射精を維持することができず、難治であると推測される。

症 例

当院における中長期 (5～22年) 未完成婚の症例

山崎産科婦人科医院 (神戸市)

山崎 敦子, 山崎 高明

はじめに

平成3年～19年の間に26例の中期から長期 (5～22年) の未完成婚のカップルに遭遇した。これらの症例の背景や治療過程, その成果などにつき, 主として女性側に原因のある未完成婚に対する対応についてまとめ, ここに報告する。

症例の背景

当院を受診したカップルの平均年齢は男性37.46歳, 女性35.15歳。彼らの結婚平均年齢は男性28.11歳, 女性25.76歳であった。結婚様式は見合い7例恋愛19例でほとんどが双方共に, 性的体験がない人たちの組み合わせであった。結婚するまでの交際期間は1年以内8例, 1～3年11例, 3～5年2例, 5年以上5例で平均すると2.67年である。結婚後来院までの期間は5～10年19例, 11～15年4例, 15年以上3例であった。当院受診のきっかけはわかっているもの19例のうち他医からの紹介が14例, 新聞や雑誌などのメディアを通してが5例であった。

当院での治療過程

初診時の主訴は全例が性交痛, 性交恐怖である。来院されたらまず一人ずつ15分くらい丁寧に問診をする。次いで二人そろえて

30分くらいカウンセリングをおこない, どの辺に原因があり, どのように治療を進めていくのかについて話をする。その後ゆっくり時間をかけながらリラックスさせて, キシロカインゼリーを塗布したうえで内診を行い, 膣口の狭小度をはかる。夫にも立ち会っていただく。

この時点でなんとか2指挿入できればよいが, 1指しか挿入できない場合には積極的に処女膜輪状切除術を勧めている。その結果2指挿入可になれば, タンポンの挿入練習を始めてもらう。

再診時2指挿入可大になると, 行動療法にうつる。具体的には内診台上で背中を起してヘガールを自分で挿入させる。前述のゼリーを塗布したものを段々直径の太いもの, できれば30号くらいまで順次挿入させる。これが脱感作につながって自分に自信をつけていく。夫も立ち会って現状を認識していただく。引き続いて普通の椅子に片足を上げて跨ってもらい, 内股に力が入りにくい姿勢で同様の挿入練習をしていただく。

この実体験が成功すると帰宅後の挿入練習もスムーズに進む。この一連の挿入練習 (行動療法) の前後には必ず二人にカウンセリングを行っている。1回の診察の所要時間は約1時間である。

家庭ではリューブゼリーを用いて、タンポン、自分の指、主人の指、膣ダイレーター等を順次抵抗なく挿入できるようになれば次はやっとペニスの挿入である。pleasuringで十分リラックスした状態でまず女性上位でペニスの挿入を試みてもらう。それが成功したら正常位でも挿入可能となることが多い。

診療の成否（表1）

表中丸印がついているのが成功例である（10例）。この手の診療は追跡調査が難しいので正確性には欠けるが、残りの16例はドロップアウトとした。10例中処女膜輪状切除術を施行したものは7例、平均受診回数は3.2回である。その後妊娠の報告をいただいたものが4例、性交可能になったのに離婚した残念な例も1例ある。

成功症例の提示

症例4

関東で2年間14回のカウンセリングを受けていた。その成果あって当院では2回のカウンセリングのみで9ヵ月後に挿入に成功し、女兒を出産。

症例9

手術併用し、3回の受診で本人曰く40回のトライで挿入に成功。妻は喜んだものの夫に愛人ができ離婚した。

症例11

挿入による行動療法を行い2回の受診でマスターし3ヵ月後に成功。6ヵ月後妊娠。

症例15¹⁾

22年の未完成婚歴で当院では最長である。手術を併用し8回の受診で4ヵ月後に成功。

妻は自分の体は奇形だと思い込み諦めて

いた例である。

症例16²⁾

手術併用し行動療法は1回のみ。初診から1ヶ月半で挿入に成功、4ヵ月後に妊娠した。最短期間で挙児につながった症例である。

症例18

手術併用し受診は3回。1年後に性交可能に。

症例20

手術併用し受診は4回。1年後性交可能に。

症例21

手術併用し受診は3回。4ヵ月後性交可能に。

症例23

夫はうつ病、妻はパニック障害で精神科通院していた。内診可能だったのでカウンセリングのみで4ヵ月後性交可能に。

症例25

手術併用し受診は3回。6ヵ月後に性交可能に。現在妊娠中。

考 察

これら26例の症例を通してみると、社会的背景として結婚年齢は今の時代から考えるとむしろやや若く、恋愛優勢でなんら特別な感じはない。女性側の性交恐怖の背景には膣から月経血の流出は認識しているものの、勃起したペニスを挿入する空間としての概念がもてず、ただ恐怖心のみ異常につらさせている。したがって初回のカウンセリングはどこからヒトは産まれるかといったレベルの性教育から始まって膣の伸展の良さを説く。また彼らの多くは他院から紹介状をもらっても、半年から2年くらい経てやっと当院を受診する。来院することに羞恥心やためらいが強いのは、セックスに関することを他人に話したり訊いたりするのは我が国では

表1 当院における中・長期(5～22年)未成婚の症例

	年齢		結婚形式	交際期間	結婚年数	原因	受診回数	特記事項	性交可能までの期間	予後
	♀	♂								
	30	36	見合い	半年	5年半	性交恐怖, 性交痛	1	内診困難 妻のみ来院		
	39	48	見合い	半年	19年 1ヶ月	性交痛, 性交恐怖	2	処女膜輪状切除術 主人やる気なし		
	34	38	見合い	8ヶ月	9年	性交恐怖	2			
○	29	38	恋愛	2年	8年	性交恐怖	2	2回来院しただけ	9ヶ月	成功女児分娩
	34	33	恋愛	2年	5年 8ヶ月	性交恐怖, 性交痛	1			進歩なし
	33	33	恋愛	7年	9年	性交恐怖	1			
	43	40	見合い	5ヶ月	6年 4ヶ月	性交痛, 性交恐怖	3	初婚時も未成婚 のまま離婚		
	37	38	恋愛	1年半	11年	性交痛, 性交恐怖	3	処女膜輪状切除術		
○	38	40	恋愛	6年	13年	性交痛, 性交恐怖	3	処女膜輪状切除術	40日	1年後離婚
	30	36	見合い	9ヶ月	7年	ワギニスム	3	主人来院せず		
○	32	35	恋愛	2年 9ヶ月	5年	性交痛, 性交恐怖	2		3ヶ月	6ヶ月後妊娠
	34	35	恋愛	2年半	6年	性交痛, 性交恐怖	1	その後来院せず		
	32	34	恋愛	2年	6年	性交欲不足	1	その後来院せず		
	31	31	恋愛	5年	5年	処女膜索状遺残	1	OP.すすめたが来院 せず		
○	45	45	恋愛	2年	22年	性交痛, 性交恐怖	8	処女膜輪状切除術	4ヶ月	
○	32	33	恋愛	4年半	7年	性交痛, 性交恐怖	3	処女膜輪状切除術	1ヶ月半	初診から1年で ♂分娩・2人目 分娩
	35	37	見合い	10ヶ月	5年	性交痛, 性交恐怖	1	内診不可能 その後来院せず		
○	33	34	恋愛	7年	6年	性交痛	3	処女膜輪状切除術	1年	
	36	36	恋愛	7年	9年	性交恐怖, 性交痛	1	その後来院せず 精神病院入院		
○	40	40	恋愛	2年半	13年	性交痛, 性交恐怖	4	処女膜輪状切除術	1年	
○	42	51	見合い	8ヶ月	15年	性交恐怖, 性交痛	3	処女膜輪状切除術	4ヶ月	
	35	37	恋愛	4年	10年	性交恐怖, 性交痛	1	OP.すすめたが来院 せず		
○	30	31	恋愛	2年半	5年半	性交恐怖	1	2指挿入可大 ♂うつ♀パニック障害	4ヶ月	
	42	43	恋愛	2年半	18年	性交恐怖, 性交痛	5	処女膜輪状切除術		乳癌手術
○	34	32	恋愛	1年	6年	性交痛, 性交恐怖	3	処女膜輪状切除術	6ヶ月	妊娠18W (20.4.25)
	34	40	恋愛	1年半	9年	性交恐怖, 性交痛	1	2指挿入可		

まだまだタブーといった風潮があるせいでもある。ゆえに当院ではなるべく来院回数を少なくしかも効率よく進めるべく指導している。そのためには必要と思われる例には手術を併用し、その2週間後から行動療法にはいる。夫同伴のほうが二人のモチベーションをそろえて保つのに有効である。家に戻ると多忙を口実にして練習が続かないものも多い。それを引き戻すには予め次の来院予約をして帰るという方法もよいと思われる。当院は普通の一般外来をしているので、10年くらい前に未完成婚の治療に訪れた経験があるというドロップアウト例の女性が検診や治療で来院することがある。今では内診は可能になっており、これならいけるよと励ましてみても家に帰ると二人のモチベーションに差があるのか今更トライするに至らないのだという。ただ、たとえ治療目的でも通院中はなんとなく自分に自信がついてできそうな気分になるという。出産適齢期の終焉が

近づくにつれ、ああもったいない、と人事ながら思ってしまうのだが、肝腎の当人たちの意欲がないとうまくいかないようである。結局、来院したときの二人のモチベーションの高さをいかに維持したまま家庭での行動療法につなげていくか、下がりかけたモチベーションを来院したときに自信を持てるレベルにいかに引き上げてやるか、それが成否につながる大きな鍵であろうと考えます。

(本論文の要旨は2007年11月11日第27回日本性科学学会学術集会で発表した)

文 献

- 1) 山崎敦子, 山崎高明: 結婚後13年, 22年経過した未完成婚の2症例: 日本性科学誌 22. No.1 46~51, 2004
- 2) 山崎敦子, 山崎高明: 当院における最近の未完成婚(7年間, 4.5年間)の2症例: 日本性科学誌 23. No.1. 92~94, 2005

著者らは産婦人科医でもあり、長年、主として女性側に原因のある未完成婚の治療をされ、またこのテーマで学会報告、学会雑誌への投稿をされている。会員に対する論文の影響力は大きいと思われるので、類似の症例を診療するセックス・セラピストとしての意見を併記する。

まず、症例の背景として、恋愛結婚が多いが性経験が少ない傾向であること、長期にわたる未完成(すなわち性交できないことが離婚につながっていないこと)であることなど、筆者の診療例と重なる点が多い。

治療法として、カップル治療、カウンセリング的な関わり、行動療法が中心であること、すなわち疾患が主として心因性にとらえていることや、患者の背景から教育的な側面が必要であることにも異議は無い。

しかし、著者らの治療法として一貫している次の点には問題があると考え。すなわち、1) 処女膜輪状切除術の適応、2) キシロカインゼリーの使用、3) 性急な行動療法プログラム、である。以下概説する。

1) 処女膜輪状切除術の適応は本来、処女膜閉鎖症(処女膜が膜状を呈し、月経血は通過するが婦人科診療は不可、の場合を含む)と、処女膜強靱症である。前者は視診で明らかとなる。後者は正常処女膜との鑑別が困難であるが、少なくとも「処女膜の伸展が悪く性交や診察に抵抗と痛みを生じる

もの」であり、触診と視診で判断する。「1指挿入しかできなければ手術」という適応では、処女膜強靱症でない者に手術を行うことが少なくないと思われる。多くのワギニズムス(挿入障害)は挿入恐怖などによって膣周囲の筋肉に不随意的攣縮がおこるもの(DSM-IV-TR他の定義)、あるいは恐怖で膣入口へのタッチにも過剰な拒絶反応を示すものである。手術が功を奏して治癒に向かう症例があるとすれば、婦人科治療の介入によって、心理的抵抗が除去されるのであろうが、病態学的に合理的な治療とは言えない。

2) キシロカインゼリーは、表面麻酔と同時に挿入を滑らかにする目的で、医療現場では導尿などのチューブ挿入に広く用いられてきた。しかし表面麻酔が効果を発揮するには数分以上かかるわけで、実際には単に潤滑剤として使われてきた。最近ではキシロカインのアレルギー反応などが問題視され、これらの目的でも薬物を含まないゼリー材を使用するようになってきた。婦人科の内診、直腸診なども同様に考えて良い。特にワギニズムスで行動療法する場合に、膣入口部の身体感覚を体験することが目的であり、キシロカインで表面を痺れさせるのは有害無益である。ペニス挿入練習にも使用するとすれば、当然ペニスにも麻酔効果が及ぶので好ましくない。挿入練習す

る場合の潤滑剤にはリューブゼリー等、陰乾燥による性交痛に対処するための製剤が多種開発されており、自宅での練習にも適切である。

- 3) 著者らは「短期間治療」を重視しているが、もとより行動療法は個人化して「その人に合ったプログラム」が必要である。性急な行動療法プログラムは、ついていけない患者をドロップアウトさせるばかりか、治療がトラウマになりその後の治療をかえって困難にする可能性がある。著者らの提案する治療内容は、むしろ強引とさえ思われる。この方法により患者が「甘えや羞恥心をかなぐり捨て必死になり」、自然な身体感覚を体験するきっかけとなり、治療に結

びつくこともあろう。実際治癒例もみられるのだが、カウンセリングでサポートするとしても、荒療治は誰にでも向くわけでは無い。

性治療では、性器へのアプローチに抵抗感の強い患者に対しては、易しい課題から始め、ステップアップも細かいプログラムが必要である。しかし、日本性科学会認定のセックス・セラピストも、背景は心理職、婦人科医、泌尿器科医などさまざまで、得意領域は異なる。著者らが現在の治療法を維持するのであれば、初回治療でプログラムを提示し、その方法を受け入れられない場合には、他の治療者を紹介することが勧められる。

日本性科学会の履歴書

——JASCTから日本性科学会になるまで——

山王病院

野末 源一

1) 日本性科学会 (旧名 JASCT) はどのような意図で立ち上げられたか

初代会長は日本大学客員教授の馬島季鷹先生であった。現在の日本性科学会雑誌の前身である“Journal Sex Counseling and Therapy 1979年創刊号に”次のように述べておられる。「…社会は複雑化し、ストレスもますます過剰となっている。…心身症疾患が最近とみに増加している。…同時に性障害の悩みも増加し、人間の性行動の変化、性交年令の低下および老人の性などにも深い関心が持たれるようになった。我が国では医学教育の場でSexology について系統的な教育を受ける機会は全くなかった。」

これからわかるようにこの学会設立の狙いは、欧米における性に関する性医学、性科学の台頭に比べ我が国では性医学に興味を持っている方々は比較的少なく、是非同志を糾合して人生にまことに大切な性の問題を研究しその知識を普及したいという願いであった。

またこの雑誌の第三号では次期理事長松本清一先生が「思春期の性・生理」として執筆されておられる。

2) 発足の舞台裏 村松博雄先生 (故人) の働き

1970年代は医療ジャーナリストの存在は

珍しかった。その適切な意見でよく世に知られ開業医でありまた医療ジャーナリストでもある村松博雄先生は人間の日常生活の中で性が重要な地位を持っていることに注目していた。そして性をオープンに議論することに意義があると考えられ、教育活動に熱心である小学館に働きかけ社会事業の一環として日本性教育協会創立に尽力されていた。同協会は1972年に認可を受け発足した。村松氏が次に注目されたのは医療における性であった。日本性教育協会が行った性教育の海外視察では当時大阪大学の朝山新一教授を団長としてアメリカにおける代表的な性教育、性科学施設 (SIECUS: Sexuality Information and Education Council of the U.S., AASECT: American Association for Sex Educator Counselor and Therapist, Indiana UniversityにあるThe Kinsey Instituteなど) を視察見学する試みがあった。この視察旅行に村松先生と筆者とが同行する幸運に恵まれた。たまたま村松先生は慈恵医科大学をご卒業後現在の日赤医療センター外科におられたことから、日赤医療センターに在職していた筆者とともに将来学会となるべき組織を作ろうではないかという話になった。同時にセックスカウンセリング専門の外来を作ろうということになり二人で日赤の院長、部

長さん方を口説いてはじめてカウンセリング・サービスと名付けた部門を作ることができた。当時の精神科部長の大内田昭二先生、小児科部長である川崎病で有名な川崎富作先生は大いに後押しをして下さり公立病院としては初めてのセックスカウンセリング部門が誕生した。

この外来には臨床心理士として金子和子さん(現在本学会理事)、池田みどりさんが手伝っていただけのこととなった。公立病院としては初めての試みであったことと村松先生のマスコミへの働きかけから多くのクライアントに対応することが出来た。その結果多くのクライアントの方々から身体的な異常や心理面からの性の病理面を学ぶことが出来た。

3) 日本性科学会の前身であるJASCTについて

AASECTの理事長であるDr. Patricia Schillerはワシントン大学に事務所を置きSexualityの知識と訓練を南米とヨーロッパに拡張しようと努力していた。筆者もDr. Schillerの開く研究会にはたびたび出席させていただいた。後年WAS(World Association of Sexual Health)の世界大会を主催した南米のBiancoとR. H. Serranoもその中の一人であった。

あたらしく出来た各国での性の学会ではAASECTに倣って、国の名前の後にASECTと名付けて会合を開きsexualityの研鑽がはじまっていた。当然のことながら我々もその名前をつけて一日も早く設立しようということになった。しかし我が国では性教育はすでに先輩格である日本性教育

協会があるので性教育Sex educationを除いてJapan Association of Sex Counselors and Therapists (JASCT)としようではないかということになりJASCTという名称でスタートすることとなった。

事務局をどこに置くのかが次の問題点であった。

たまたま筆者が日赤医療センターと同時に東大産婦人科医局ご出身の橋本矢一先生のご紹介で山王病院の産婦人科の診療を一部受け持っていた。山王病院の創立者は東大島蘭内科ご出身で長谷和三先生であった。ご長男の長谷昭一郎先生(故人)が新たに開設された診療所が山王病院のすぐ近くにあり、その中に事務所を置くことになった。事務は当時三井不動産におられた森本さんに事務面を手伝っていただいたが、その後慈恵大学で村松先生と御同級の本郷元夫先生にお願いすることとなった。本郷先生は医師になり更に社会医学に興味を持たれ、東大の経済学部をご卒業になっておられ社会医学の発展を望んでおられた。

4) 松本清一理事長 会の名称変更

第二代の理事長として、松本清一先生(自治医大、日本家族計画理事長、現日本性科学会名誉理事長)が副会長として石浜淳美先生(故人)が就任された。その第一回の理事会で名称をJASCTから日本性科学会に変更した。そのときの役員会では変更の理由としては学会に出席の皆さんより、JASCTでは学会出張費が出ないし、特に教職の方々から会合には出席したいが学会でないという声があり会の理想・求めるところは同じであるが、今の世では学会

と名前がついた方が何かと便利であると言うことで1994(平成6年)の松本清一先生の司会する第一回の理事会で名称変更を決定し今後JASCTではなく日本性科学会として発足することとなった。

5) WAS

1980年代ではWASとの関係を振り返ってみると我が国は鎖国時代の蘭学と同じように学ぶことのほうが多かった。加盟国も少なく会員の数も少なかったので会議に出席する人々との人間関係は比較的に密なものであった。今のように選挙のようなものではなく、お互いに話し合うことで役員をきめた。何しろ日本性教育協会はWAS発足からのメンバーであるし、WASも日本代表として役員を必要としていたと思う。従って当時日本性教育協会で理事・事務局長をしておられた島崎継雄さんのお勧めによって最初は筆者が役員として数年勤め、次いで阿部輝夫先生(現在本学会副理事長)が役員として働かれた。当時は南米の国々の台頭の時期で、スペイン語を公用語にと役員に圧力をかけ、ついに公用語になったが今になってみるとヨーロッパ連合の公用語は英語であることなどを考え、果たしてこれでよかったかどうか疑問が残る。現在のWASは徐々に整備され進展しつつある。これも「性の健康」という理念がここ数年のあいだに人々の間に根付き発展してきたからだと思う。

6) おわりに

幹事会の席上学術担当理事 武田敏先生か

ら日本性科学学会が成立するまでの経過を記録として残しておくべきであるというご意見があり、設立から日本性科学学会が成立するまでを思いつくままに述べて頂いた。

JASCTから日本性科学会へと名称変更時における役員名

名誉会長	Patricia Schiller (AASECT)
会 長	松本清一(自治医科大学看護短期大学顧問)
副 会 長	石浜淳美(前小山市市民病院院長)
常務理事	野末源一(山王病院理事)
理 事	斎藤宗吾(三聖病院院長)
〃	本多 洋(三井記念病院産婦人科部長)
〃	武田 敏(千葉大学教育学部教授)
〃	長池博子(長池産婦人科院長, 長池優生保護相談所所長)
〃	山崎高明(山崎産婦人科医院理事長)
〃	亀谷 謙(絃仁病院精神科性医学部部長)
〃	河野友信(パブリックヘルスリサーチセンター ストレス科学研究所副所長)
〃	長田尚夫(聖マリアンナ医科大学 泌尿器科教授)
〃	岡村 靖(生命科学総合研究所理事長 兼研究所所長)
〃	笠井寛司(滋賀医科大学産婦人科助教授)
〃	阿部輝夫(順天堂大学浦安病院 神経精神科助教授)
監 事	飯沼守夫(東京女子医科大学名誉教授, 文化女子大学教授)
幹 事	島村忠義(日本赤十字看護大学助教授)
〃	金子和子(日本赤十字社医療センター カウンセラー)
〃	大川玲子(千葉市立病院婦人科副部長)
事務局長	本郷元夫(新医学普及協会理事)

連載 看護と性 その1ー人工妊娠中絶事例の看護

東京慈恵会医科大学医学部看護学

川野 雅資

東京慈恵会医科大学医学部看護学

茅島 江子

千葉県立衛生短期大学

大谷真千子

はじめに

看護の場面では様々な患者の事例に出会い、看護師の判断とケアに戸惑うことがある。本シリーズの第1回では、実際に看護師が出会った場面を検討し、看護師の判断(アセスメント)及び、ケアのポイントについてふれる。このような、事例の検討を積み重ねることが、患者や家族の性、医療の場面での性、に関わる看護師の力量を高めることに繋がると考える。

事 例

Aさんは22歳の女性で、X年のY月に知人の紹介で10歳年上の男性と知り合った。落ち着いて、安心できる人、自分を大事してくれる人、と感じて交際が始まった。Y+6ヶ月後に妊娠し、二人も両家の家族も喜んだ。Y+7カ月後に入籍し、新婚生活が始まった。その日から夫の暴力が始まった。Aさんは、一か月は耐えたが、ついに耐え切れずに実家に戻った。実家の両親は驚き、何とか二人が

うまくいくようにあれこれと算段をしたが、夫は変らなかった。殺されるのでは、と感じるほどの暴力でAさんは離婚をしたいと考え始めた。夫とは離婚を前提とした別居生活となった。Y+9カ月後のことである。Aさんは、子どもを産みたいが子どもを育てることは夫を思い出して不可能だろうと感じて、手術を受けることにした。手術後も不正出血が続いている。

様々な課題に直面しているAさんに対して、産婦人科に携わる看護師・助産師(以下、看護師とする)は何を判断して、どんな看護を提供するだろうかを検討したので報告する。

看護師のケアの視点

周産期におけるDV(Domestic Violence)は、妊婦の5%にみられ、妊娠がDVのきっかけになったり、妊娠中は暴力が悪化することがあると言われている¹⁾。そこで、このようなケースに出会った場合、看護師としてどのよ

うな視点でケアをしていく必要があるのか、考えてみたい。

〈Aさんのアセスメントとケアの視点〉

I 術 前

1. 意図しなかった妊娠

意図しなかった妊娠であったが、本人は喜び、パートナーから祝福され、入籍のきっかけとなった。このことにより、Aさんは妊娠を受け入れ、出産・育児に対して前向きに準備していくことができる状況にあったと考えられる。

2. 妊娠と夫の暴力

Aさんの場合、夫の暴力が妊娠をきっかけにしたものか、結婚生活そのものがきっかけとなったのかは不明である。しかし、Aさんへの夫の暴力がどの程度であったのか「女性に対する暴力スクリーニング尺度」(表参照)を活用するなどして、把握

しておく必要がある。夫の暴力による影響が大きい場合には、カウンセラーやDVの相談支援センターなどを紹介し、連携してケアを行っていく必要がある。

3. 夫との別居と中絶

夫との別居によって、Aさんは自責の念にかられる可能性が高く、妊娠の継続が、それらのストレスによってAさんの健康を著しく害するおそれがある。したがって、Aさんの場合、母体保護法第14条1項の「妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのある者」に該当し、中絶する正当な理由があると言える。

4. 以上を踏まえた看護師の対応²⁾

- 1) (中絶することを決心した上での受診であるが) その経緯について、話を聞く
・ 不安な気持ちを汲み取りながら、控えめに「よかったら、話していただけますか」

表 女性に対する暴力スクリーニング尺度：Violence Against Women Screen

No	項目	よくある	たまにある	まったくない
1	あなたとパートナーの間でもめごとが起こったとき、話し合いで解決するのは難しいですか？			
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？			
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあるとあなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？			
5	あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることがありますか？			
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？			
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力を振るうことがありますか？			

* 1～7のうち、2つ以上「たまにある」または「よくある」があればDV陽性と判定

といった、相手のペースを重視して話を聞く。

- ・「よく話してくれましたね」といった感じで、支持的かつ真摯に対象の話を聞く。
- 2) 中絶後後遺症の可能性と対処について一般的なこととして伝える
 - 3) 術後の後遺症の精神的問題や生活上(性生活も含め)に夫から暴力を受けたこと、夫と別居したことの影響について、配慮をもって率直に話す。
 - 4) 看護師によるDV被害者への二次被害を防止する。
 - ・良い悪いといった価値判断を下したり否定的な感情を表出しない。
 - ・対象の話を真摯に聞く態度で接する
 - ・秘密が守れる環境を用意する
 - ・「(別居した)夫もかわいそう」といった言動をしない。

Ⅱ 中絶後後遺症の可能性³⁾とケア

1) 生物学的後遺症

人工妊娠中絶後は、感染による発熱や胎盤の遺残等の原因で性器出血が続くことがある。Aさんは性器出血が持続しているので、手術後2週間以上続く場合には受診し、治療を受けるように指導する必要がある。

2) 精神的後遺症

中絶後は、不愉快な記憶、良心の呵責、罪悪感など、精神的な影響を受けることが多い。Aさんの場合、中絶した胎児への思いと夫からの殺されるかも知れないと思うほどの暴力、そして夫と別居したことによる影響が重なり、その影響も大きい可能性が高い。基本的には、Aさん自身、中絶がやむを得ない選択であったことを認識する

ことが大切である。看護師は、Aさんが涙を流し、感情を表出することは必然のことだ、泣きたいだけ泣いていい、と受けとめる。そして辛い気持、苦しい気持を共感し、この経験が生きるための選択であったことを一緒に考え、乗り越えるための支援を行い、必要な場合にはカウンセラーなどを紹介する。

3) 性的後遺症

中絶後に罪悪感、男性に対する嫌悪感、自責の念にかられて自暴自棄になる場合もある。Aさんの場合、意図しなかった妊娠から入籍、夫の暴力・別居、中絶という経過もあり、今後、望んだときに妊娠し、望まない時には妊娠を避ける、そのための方法などについて説明し、健康なセクシュアリティを保持できるように支援する。

Ⅲ 家族への支援

Aさんの家族は、大切な娘が幸せの真っ最中と思っている時期に想像を絶する苦難と直面していたことに絶望感を抱いたことであろう。孫の誕生を待ちわび、夢と期待をもっていたときに突然降りかかった不幸と喪失体験である。何とかならないものかと親としての努力をしたにもかかわらず、不幸な結末になったことは無力感を感じたに違いない。不正出血が続いていることも不安であろう。情報提供をすることと共に、話をよく聞き、家族で支えあえるように支援する。

参考文献

- 1) 片岡弥恵子, 長坂桂子, 井上梢, 堀井泉, 瀧真弓: 医療施設におけるDV防止に向けての取り組み, 助産雑誌, Vol.62,

236-242, 2008.

- 2) 大谷眞千子：患者とパートナーへのセックスカウンセリング，セックスカウンセリング入門改訂第2版，金原出版，216-220，

2003.

- 3) 茅島江子：人工妊娠中絶（中絶）へのカウンセリング，助産学講座5助産診断・技術学I，医学書院，235-238，2007.

臨床の現場から

——女性ホルモン投与の治療を求める男性患者たち——

はりまメンタルクリニック

針間 克己

はじめに

性同一性障害の治療のひとつにホルモン剤の投与が行われることがある。たとえば、女性への性別移行を望む男性患者の場合、エストロゲン製剤などの投与が行われる。その目的は、男性としての身体を有することの苦痛を弱め、ジェンダー・アイデンティティに一致する女性的身体へと近づけるためである。すなわち、乳房の肥大、筋肉質な体から丸みを帯びた身体への変化、肌つやや髪の毛の女性化などが、その目的とする効果である。

しかしながら、筆者のもとには、そういった性同一性障害のものではない男性も、女性ホルモン投与を希望して来院することがある。本稿では、そういった男性のいくつかのタイプを示すと共に、その治療の適用の是非も論じることにする。

1. 男性的身体に違和感はあるが、女性化は望まないもの

性同一性障害の診断基準は満たさないものの、性同一性障害に近い状態の症状を示すものがある。すなわち、女性への同一感は乏しく、女性的身体を獲得することは望んでないものの、男性的身体への嫌悪感を有している場合である。具体的には、ひげや濃い体毛、筋肉質な肉体、陰茎などへの嫌悪感、あるいは

勃起や射精や性的欲求があることへの嫌悪感があるケースなどである。

これらは診断としては「特定不能の性同一性障害」に当てはまることが多い。

彼らへのホルモン投与治療の適用の是非について、これまであまり論じられていないが、筆者は場合によっては、女性ホルモン剤や抗男性ホルモン剤の投与もありうると思う。男性的身体への違和感は、著しい場合もあり、非常に強い苦悩を本人が抱き、精巣や陰茎への自傷に至る場合もある。そういった場合に、精神療法や通常の向精神薬で改善しない場合は、ホルモン投与もやむなしと考えるのだ。しかしながら、その投与にあたっては、慎重を期すべきであり、一人の精神科医の判断によるのではなく、日本精神神経学会が定めた性同一性障害の治療のガイドラインに準ずる形で、2名の精神科医の承認、ジェンダークリニックでの承認、といったプロセスを経て開始することが適切だと考える。

2. 男性としてのジェンダー・アイデンティティを持つが、身体を一部女性化したいと望むもの

上述したものとは逆に、男性としてのアイデンティティには強い違和感を持たないが、身体的にはある程度の女性化を望むものも

いる。具体的には、胸を膨らませたいと思う場合や、肌つやを女性らしくしたいと望む。身体の変化が個人的に感じられれば満足する者もあるし、一定時間、女装し、女性的外見で過ごすことを楽しむ者もある。ただ、男性としてのアイデンティティはあるため、永続的に女性として過ごすことは望まないし、周囲から明らかに女性化した身体であることを知られることも望まない。

診断的には「特定不能の性同一性障害」だと思われるが、「服装倒錯的フェティシズム」の要素もある場合もあろう。

彼らの場合、苦悩の軽減という観点からは、ホルモン療法の適用の是非を検討することは困難かもしれない。むしろ、「個人は、自分の望む身体へ、どこまで自由に変えていいのか」という議論が妥当かもしれない。

少なくとも現在の医学的倫理からは、積極的なホルモン療法の適用はないと思われるが、個人が自己責任で行っている場合、そこへの介入も困難であろう。

3. 性犯罪の予防として

現在の日本の性犯罪者の処遇のシステムでは、服役中や保護観察期間中に、認知行動療法的な治療は行いが、抗男性ホルモン投与などの薬物療法は行われていない。強制的な薬物療法に関しては、今後さらに様々な観点からの検討を要すると思われる。

しかし、臨床現場においては、性犯罪を行ったものの自らが薬物療法を望む場合がある。この場合には、副作用等のリスクを十分に説明した上で、治療の適用はあると思われる。

症 例

20代男性。若い女性の足のラインを見ると性的に興奮する。あとをつけ、隙があると

ビルの間などに連れ込み、性的暴行を行う。実刑判決を受け、服役終了後、治療を希望し来院。認知のゆがみの是正や、再犯予防プランの検討なども行いが、やはりどうしても性的興奮をしてしまうという。再犯を恐れ、男性ホルモンの抑制を希望する。酢酸メドロキシプロゲステロン20mgを開始し、性的興奮の程度はやや低下。

4. 夫婦問題の解決方法として

夫婦問題の解決方法として、女性ホルモン投与を望む場合がある。具体的症例を示すのが分かりやすい。

症 例

40代男性。結婚して5年ほどになる妻あり。子供はいない。1年前より、妻以外との女性との性的交渉が数回あり。そのことが妻にわかり、妻から「浮気するなら去勢しろ」と言われ、女性ホルモン投与を希望し、来院。話を聞くと、性的欲求はさほど強いというわけではない。むしろ、妻以外の女性とメールでやり取りをするのが楽しいのだという。性欲が問題の中心とは思わず、夫婦で話し合うことのほうが大切ではと説明したところ、「性欲があるから悪いんです。妻が去勢しろというから、そうします」と、性欲に責任転嫁する態度で、診療は終了した。

結 語

性同一性障害によらず、女性ホルモン投与を望む男性のいくつかのケースを紹介した。その治療適用は、従来あまり議論されてこなかったが、その服用希望動機を十分に把握し、適用の是非を慎重に考慮する必要があると思われる。

性同一性障害と戸籍

著 者 針間克己・大島俊之・野宮亜紀・虎井まさ衛・上川あや
発 行 緑風出版, 2007

あべメンタルクリニック

阿部 輝夫

本著は針間・大島ファミリーによる第二作である。前作『性同一性障害って何?』と同じ緑風出版より2007年の暮に発行された。スタイルはQ & A形式で、読者にとっては必要な項目がすぐ読めるようにできている。著者各人が豊富な専門的知見から得意分野を受け持って、明解にA (アンサー) を引き出している。大見出しは次の6項目からなっている。

- 1 性同一性障害と特例法
- 2 戸籍の性別変更
- 3 戸籍の性別変更をした人
- 4 戸籍の性別変更をしていない人
- 5 戸籍の性別変更を考えている人
- 6 今後の課題

細かい項目を見ると、多くの人が疑問に思っていたQ (クエスチョン) が挙げられ、A (アンサー) が得られる。

- 1 性別適合手術 (SRS) 後結婚はできるのでしょうか? yes
- 2 海外でSRSしても戸籍は変えられますか? yes

- 3 家族が反対していても大丈夫でしょうか? yes

- 4 ニューハーフやおなべでも認められますか? yes

さらに、生殖補助医療は受けられるのでしょうか? にまで突っ込みを入れている。精子冷凍保存や受精卵凍結保存の可能性についても今後の検討課題として取り上げている。

巻末に〈資料〉が付いている。①性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律、②戸籍の性別変更申立書 (50%縮小板)、③戸籍の性別変更用診断書記載例、そしておまけに④全国の家庭裁判所一覧 である。

このように、性同一性障害の当事者や家族、そして治療関係者にとって、前作の『性同一性障害って何?』と本著の2冊があれば、性同一性障害の基礎的な理解から始まり、治療のプロセスを知り、家庭や社会での適応法を考え、戸籍の性別変更に至るまでのルートを手に入れることができるはずである。

書 評

カラダと気持ち シングル版

編著者 セクシュアリティ研究会

発 行 三五館、東京、2007

千葉県立衛生短期大学

大谷 真千子

セクシュアリティ研究会は臨床心理士、産婦人科医師、セックスセラピストなど性に関する悩みに答える臨床家の集まりで、わが国では数少ない「中高年の性」の実態調査に取り組む専門家集団である。

本書は日本性科学会、セクシュアリティ研究会(荒木乳根子、石田雅巳、大川玲子、金子和子、堀口貞夫、渡辺景子)の著書で、2002年から2003年に行った主に関東圏に在住する40歳代から70歳代の熟年シングルの男女を対象にしたセクシュアリティ調査の全容が理解できる内容になっている。1990年の60歳以上の男女を対象にした「高齢者の性」の実態調査を皮切りに、1999年から2000年に行った40代から70代の配偶者がいる男女を対象にしたミドル・シニアの実態調査(カラダと気持ち ミドル・シニア版、同研究会編著、三五館2002.)に続く第3弾ということになる。研究会の長年にわたる「中高年の性」に対する並々ならぬ研究熱意が感じられる書である。

2005年の国民生活基礎調査で15歳以上人口の配偶関係をみると、各年代とも未婚率は年々上昇し、未婚率が最も高い東京都では男性37.6%、女性29.9%となっている。近年の

著作や講演でも「おひとりさま…」、「ソロでいきる…」の言葉を多く見かけ、結婚の有無にかかわらない、個としての中高年の行き方を磨くテーマが目白押しで、一般の方々にとっても今役立つ1冊であることは間違いないであろう。

著者らのすすめのとおり、私も本書を読む前にアンケートに回答してみた。アンケートは「プロフィール」「性についての考え」「お付き合い、性的な関係」「最近1年ほどの生活・性生活」「自由記述」に大別され、設問は副次的設問も合わせると70項目あり、30分以上費やした。性に関する表記には多少なれている私でも、考え方や感じ方を問うものが多いので、回答の指示のとおりには択一したり、絞り込むのに迷ったり、回答しながら自己矛盾が気になったり、改めてこの種の調査の難しさを実感した。それとともに、調査票を作成するまでの著者らの苦労、データ収集に費やした労力や統計処理上の困難(プロローグ・序章・エピローグに詳しい)、を追体験することとなった。

本書は調査内容をわかりやすく伝えるため、テーマ別に構成されている。第1章から第4章は熟年シングルの恋愛事情や性意識、

第5章は性生活の実態、第9章は結婚暦と性意識との関係についての調査結果とその考察である。熟年シングルの多様な性意識や性行動の特徴、意外と古典的な性役割意識に加え、前回調査の有配偶者との比較は大変興味深い内容になっている。なかでも私は、調査対象の就労状況や経済的背景が及ぼす影響に関心をもった。第6章は自由記述に記載があった女性18例、第7章は同様の男性19例について、個々の事例への切り口を明示したうえで紹介し、セラピストの立場から事例の解説や問題提起をしている。第8章では調査対象のうち、調査後インタビューに応じた3事例をもとに「結婚の性」「恋愛の性」をテーマに「男と女の良い関係」について読者に問いかけ、示唆に富んだ内容である。第6・7・8章は物語としての魅力もあり、著者らの解説は一般読者の不安や悩みを解決するヒントになり、セラピストにとっては日常の臨床の場で使えるようなセリフ、使えないセリフとして応用できそうな内容や情報が満載である。以上について、さらに詳しいデータや学

術論文としての分析に関心をお持ちの方は（日本性科学会雑誌、第23巻増刊号、2005）を参照していただきたい。最終章の第11章は「セックスレスは病気ですか？」と題し、セックスレスに関する専門的定義を示し、よくある誤った情報の誤解を解き、「セックスがないことの原因やその意味はひとそれぞれである」ことを強調して、不安を感じている人のセルフケアに役立つ内容になっている。全編をとおして、セラピストとしての著者らの分析とサポーター的な解説が一貫してあることが本書の魅力である。

著者らは「データ数の不足や回答者の偏りなどから充分とはいえないまでも…」と、一般化する上での限界に言及しているが、それを前提にしても他に例がない踏み込んだ調査内容は、学会員のみなさまの役に立つことと確信します。

そして、臨床的实践に秀でたセクシュアリティ研究会の皆様には、質的研究法なども視野に入れた今後の研究の発展を期待しております。

同性愛者における他者からの拒絶と受容— ダイアリー法と質問紙によるマルチメソッド・アプローチ

著 者 石丸径一郎

発 行 ミネルヴァ書店

はりまメンタルクリニック

針間 克己

まず特筆すべきは、この本は「シリーズ・臨床心理学研究の最前線1」として出版されたということだ。すなわち、シリーズ監修の下山晴彦教授の言葉を借りれば、「臨床心理学における良質の博士論文を厳選し、書籍として公表するシリーズ」の第一段として本書は出版されたのである。

では、こういった点が良質なのだろうか。

まず第一にはその目標が挙げられる。同性愛などの従来の研究においては、異常であるという前提から、その原因論を調査するといったものが主体であった。しかし、本研究では、同性愛者をいかにサポートするという視点から、同性愛者がどのような世界を生活しているかを示し、他者からの拒絶と受容と、自尊感情との関係を分析している。

次にその研究の方法論である。従来の心理学研究にありがちな、エビデンスの乏しい、教義や理論の独りよがり的な主張ではなく、あくまでも具体的なデータを集積することで、その研究を行っている。その収集方法も、文献調査、質問紙法、ダイアリー法、実験法など多様な方法であり、分析も質的研究法と量的研究法で行っている。このような多様な方法を用いることで、それぞれの短所を補い、

より価値の高い研究となっている。

こういった、目的、方法でなされ、そこで得られた結果もまた有意義なものである。結果は箇条書きすると以下のようなことだ。

- ・日本においてもLGBへの拒否的態度が見られること。
 - ・LGBTに知り合いのいないもの、男性、伝統的性役割態度のもの、で特に偏見が強いこと。
 - ・LGBは「こっちの世界」(同性愛者の世界)と「あっちの世界」(異性愛者の世界)の2つの世界を生き分けていること。
 - ・「あっちの世界」ではネガティブな経験が多いこと。
 - ・「他者からの受容感」は自尊感情への強い影響があること。
 - ・異性愛者と比較してLGBは「他者からの受容感」の自尊感情への影響がより強いこと。
 - ・性指向自体の受容は、自尊感情への強い影響は示さないこと。
- などである。

このように本書は、心理学研究としても、LGBサポートの指針を示したという点でも、すばらしい一冊である。

編集後記

本学会誌がどのようにして編集されるのか？という御質問を頂くことがあるので、以下ありのままに御紹介する。毎月1回開催される定例の役員会で、殆ど毎回、一定時間が編集の討議にあてられる。会員からの寄稿論文や報告について、それぞれ何人かの査読者がその結果を述べ、かなり激しいディスカッションもある。毎年の学会総会諸講演内容を記録して残す役割があるのは、他の学会と同様である。性科学の最新の研究から学ぶため、学会の発表以外に、特に御執筆を依頼することもある。これは編集会議での提案と多数の先生方の同意があった場合である。本誌に継続して目を通すと、内外の性科学の動向がよく理解されるというレベルにしたいと願っているのが難題である。性科学の領域が発展拡大し、多職種の方々が、それぞれの専門性をもつてこれに関わっている。他領域の知識を学ぶ、他職とのコラボレーションを有効に展開するために本誌が活かされることが望ましい。研究論文調の頁だけでなく、臨床の現場の性問題やナーシングのセクシュアリティに関する報告のために誌面を用意することを提案したところ、諸先生の御賛同を得て、早速本号から御執筆頂いた。本号は野末先生から貴重な回顧録を頂き、総説1本、原著6本、症例2本、特別企画2本、書評3本の充実したものとなった。

皆様の御協力を深謝申し上げます。

(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 役員の任期は 1 期 2 年とし、再任を妨げない。

補欠による役員の任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

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

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年 1 回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

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

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

第 6 章 支部、委員会等の設置

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

第 7 章 学術集会（日本性科学学会）

第 25 条 学術集会（日本性科学学会）を年 1 回開催する。

第 26 条 学術集会の企画は企画担当理事が行い、その運営は学会長が行う。

第 8 章 会 計

第 27 条 本会の経費は、会費及び寄付金、その他の収入によって支弁する。

第 28 条 本会の会計年度は毎年 4 月に始まり、翌年 3 月に終わる。

第 9 章 会則の変更及び規程の制定・変更

第 29 条 会則の変更は総会の議を経て行う。

第 30 条 本会則施行に関する規程の制定及び変更は理事会の議を経て行う。

第 31 条 理事の選挙管理規程については別に定める。

第 10 章 補 則

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

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

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

第 35 条 本会事務局は、当分の間、J A S C T 事務所に置く。

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

理 事 選 挙 管 理 規 程

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

① 北海道・東北ブロック	1名
② 関東・甲信越ブロック	5名
③ 東海・北陸ブロック	1名
④ 近畿・中国・四国ブロック	2名
⑤ 九州・沖縄ブロック	1名
4. 選出理事は、各ブロック毎に、会員5名によって推薦された立候補者の中より、会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は、選挙実施の前年度末において、入会后満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) 5,000 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3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3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3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字前後のケース 2 例をワープロ印字にて）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ものとする。
- 第 8 条 資格認定の審査は、原則として年 1 回とし、毎年 8 月 1 日から 8 月 31 日の間に申請を受け付ける。
- 第 9 条 資格審査料は「セックス・カウンセラー」3 万円、「セックス・セラピスト」5 万円、登録料は 2 万円とする。
- 第 10 条 認定を受けた者は、本学会名簿の、「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」として登録される。登録された者には登録証を交付する。登録証の有効期限は 5 年とし、別に定める所定の手続きを経て更新することができる。
- 第 11 条 認定された後、ふさわしくないカウンセリングやセラピーが行われた場合には、認定制度委員会の審議を経て、理事会において資格を取り消すことがある。本学会を退会した場合には、資格は消失する。
- 第 12 条 本規定の運営は認定制度委員会が担当する。委員は理事会の議を経て理事長が委嘱する。

付則 1. 本規定は平成 9 年 5 月 1 日から施行する。

2. 本規定の改正は理事会において審議決定する。
3. 過渡的措置に関しては別に定める。
4. 本規定中の“本学会”とは、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会を含む。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」

資格認定更新に関する規定

1. 日本性科学会は、認定者のレベル保持のため、次の方式により認定更新制を施行する。
2. 日本性科学会の認定を受けた者（認定者）は、認定を受けてから5年を経たときに、認定更新の審査を受けなければ、引き続いて認定者を呼称することはできない。
3. 認定更新は、資格認定制度委員会が行う。
4. 認定更新は、毎年1回、ニューズレターに公告して行う。この公告には、その年度に更新審査を受けるべき該当者、ならびに認定更新に必要な提出書類や申請期日を掲載する。
5. 認定更新を希望する者は、公告に従い、所定の書類を添付して認定更新の申請をしなければならない。
6. 認定更新は、認定を受けてから5年間に本学会が指定した教育的、学術的企画に参加し、その所定研修単位を取得したものについて行う。
 - 1) 総単位数は、40単位以上とする。
 - 2) 上記1)のうち、20単位以上は日本性科学会の企画したものへの参加により取得したものとする。また上記1)の単位数は少なくとも3年以上にわたって取得したものとする。
7. 認定更新に必要な研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - 1) 研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - ① 日本性科学会が行うもの
 - (イ) 学術集会
日本性科学会の学術集会への参加は10単位とする。演者は3単位、共同演者は1単位加算する。この参加単位は、1日以上会期の場合、1日の出席でも1回と計算する。
 - (ロ) 研修会
日本性科学会の研修会への参加は10単位とする。演者は3単位加算する。この参加単位は、1日以上会期の場合、1日の出席でも1回と計算する。
 - (ハ) 症例研究会
日本性科学会の症例研究会への参加は3単位とする。演者は3単位加算する。
 - ② 日本性科学会以外が行うもの
日本性科学会が指定した下記学会の学術集会または研究会への参加は5単位とする。演者は2単位加算する。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。
- 更新申請料10,000円、更新登録料10,000円とする。
- 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上のワープロソフトを使用し、和文原稿は、A 4 版横書き、10.5 ポイント、横 40 字、縦 30 行とし、3.5 インチのフロッピーディスクも同時に提出する。ワープロソフトの種類は問わないが、ワープロ専用機のもは受付けない。フロッピーディスクには、氏名、論文タイトル、作成ソフト名を記入する。英文原稿は、A 4 版、ダブルスペースで、1 頁につき横 60 字、縦 30 行以内とする。
4. 論文の長さは、原著および総説の場合、刷り上がりで 10 頁以内（図表を含み、表題、所属、著者名、連絡先を除いて、およそ和文 400 字詰め原稿用紙 30 枚以内）とし、臨床報告およびその他は、刷り上がりで 4 頁以内とする。
5. 図表は、別に添付し、図 1、表 1 のように順番を付し、原稿の右側の欄外に、挿入位置を明示する。図表の裏面には、著者名を付す。図は、そのまま掲載可能な写植あるいは写植に準じたものを用い、A 4 版の用紙に貼付する。図の題名は下方に、表の題名は上方に簡潔に記す。
6. 原著、臨床報告などの記述の順序は以下を原則とする。

和文原稿では表題、所属、著者名（以上英文を併記し姓名は KAWANO Tomonobu のように記述する）、抄録（500 字以内で、英文も併記する）、内容を示す英語の keywords（3～5 個）、緒言、研究（実験）方法、研究（実験）成績、考察、総括または結論、文献、図、表、写真とする。

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

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

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

発行地) 巻：頁一頁，西暦年号の順に，単行本の場合は著者氏名：書名，発行所名，発行地，発行年次。の順に，単行本の中の論文については，著者氏名：論文題名，著者（編者，監修者）名：書名，発行所名，発行地，頁一頁，発行年次，などとする。

記載例：

- 1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
- 2) 日本精神神経学会 性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神誌 99：553-540, 1997.
- 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner / Mazel, NewYork, 1987.
- 4) 阿部輝夫：セックス・カウンセリング。小学館，東京，1997.
- 5) 加藤正明：異常性欲。井村恒郎ほか編：異常心理学講座第4巻。みすず書房，東京，255-318, 1967.
9. 論文の採否は，査読を経て編集委員会で決定する。査読者は編集委員会が委嘱する。掲載は原則として採用順とする。
10. 印刷の初校は著者が行う。ただし，校正は字句の修正にとどめる。その他の校正は編集委員会が行うものとする。
11. 掲載料は刷り上がり 10 頁まで無料，それを越えるものおよび写真，図，表に関する費用は著者実費負担とする場合がある。別刷は 30 部まで無料進呈とする。
12. 投稿においては，原稿とそのコピー 2 部，フロッピーディスクを同封し，封筒に「原稿在中」と表記する。投稿された原稿，図表は原則として返還しない。
13. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は日本性科学会に属する。
14. 投稿先は下記の宛先とする。

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

MEMO