日本性科学会雑誌第27巻1号　平成21年7月31日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.27 NO.1 July. 2009

日本性科学会
Japan Society of Sexual Science

巻　頭　言

日本性科学会副理事長　　阿　部　輝　夫

第38回性治療研修会が豚インフルエンザ(swine flu)騒ぎの中，5月24日例年のように慈恵会医科大学で行われた。関西地区からの理事・幹事の欠席者があったが，新入会員の顔も多く盛会であった。

神戸で予定されていた日本精神神経学会も中止となり，6月にヨーロッパで行われるWASやWPATHへの参加も心配になり，これまでのインフルエンザの歴史を調べてみた。大流行は1918年のスペインかぜで，アメリカで発生し世界で4,000～5,000万人が死亡，日本でも48万人が死亡したという。次が1957年のアジアかぜ，中国に発生，世界で200万人死亡。さらに1968年の鳥インフルエンザ(Avian flu)と共通遺伝子であった香港かぜ，50万人死亡。記憶に新しいのは飛沫接触感染のSARS(Severe Acute Respiratory Syndrome)で，2003年から中国や中国からの移民の多いカナダに発生。2005年には東南アジアで猛威を振った鳥インフルエンザがあった。そして今回のメキシコ・アメリカで発生した豚インフルエンザへと至ったわけである。

国をあげての防疫体制と早期治療により国内での死者は無かったが，将来大流行が危惧される強毒性の鳥インフルエンザに備えて，丁度良い実地訓練になったようである。

動物にしか感染しなかったウィルスが，ヒトにも感染するようになった疾患に，ラッサ熱・エボラ出血熱・SARSそしてAIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome)がある。性感染症でもあるAIDSは1981年，丁度私がニューヨークにいた頃に第一例の患者が報告された。そしてNYタイムスが「男性同性愛者に見られた珍しい癌」と報じ，世界中で大騒ぎになった。翌82年には患者数が1,000名を超え，NYの大学病院のベットの半数がAIDS関連疾患でうめ尽くされ，パニック状態となったことを覚えている。

当面の世の中の課題は，pandemic(世界的大流行)を避けるべく，ウィルスとの闘いになるのかもしれない。

目　　次

総　説

インターセックスの診断と治療

－手術療法を中心として－

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
菅沼　信彦

はじめに

生物学的に有性生殖を行う動物種にとって「雄」と「雌」は明らかに区別され，生殖機能におけるその特性が種の保存に最も重要であることは言うまでもない。ヒトにおいては，「男」と「女」という「性別」は，社会通念としてもごく一般的に認められているが，その中間的存在，すなわちインターセックスがマイノリティとして実在することも事実である。医学的には性分化異常症として取り扱われており，特に小児科・婦人科領域においては数多くの症候群が報告されている[1,2]。

本論文においては紙面の関係上，性分化機構の概略と，インターセックスの3疾患を取り上げ，診断と特にその外科的治療につき，最近の我々の臨床経験を中心に紹介する。各々の項目ならびに内容の詳細は，各専門書を参照されたい。

1.　性分化機構

1) 染色体

性の決定の第一段階は染色体で決定される。ヒトの場合，46本の染色体が存在し，44本（22組）は常染色体で，残り2本が性を決定する染色体（性染色体）である。男性では性染色体は1本のX染色体と1本のY染色体からなり（46,XY），女性では2本のX染色体（46,XX）からなる。この染色体構造となる理由は，女性から生ずる配偶子（卵子）が2回の減数分裂によりすべて23,Xとなるのに対し，精子では23,Xと23,Yが同数生ずる。そこで23,Xの精子が授精すれば46,XXで女児となり，23,Y精子が授精すれば46,XYで男児となる，すなわち精子による「性の決定」の結果である。

男女においてともにX染色体が存在することからも，Y染色体に性を（男性を）決定する因子が存在することが類推され，解析が行われた。その結果，短腕上のsex-determining region Y-gene（SRY）領域が同定され，その部位より精巣決定因子（testis determining factor：TDF）が合成されることが明らかとなった（図1）。

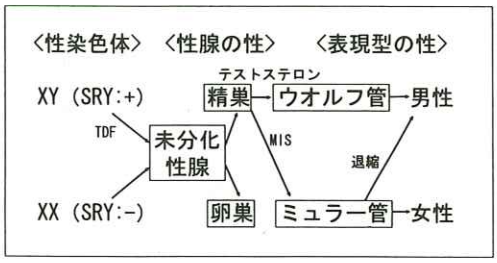


図1　性分化機構とその因子
SRY：sex-determining region Y-gene,
TDF：精巣決定因子，MIS：ミュラー管発育阻止物質。

2) 性腺・生殖器

TDFにより，男児では未分化性腺が胎生初期に精巣へと分化誘導される。精巣から分泌される男性ホルモン（アンドロゲン）であるテストステロンはウオルフ管の発育を促し，ミュラー管発育阻止物質（Müllerian inhibiting substance：MIS，あるいはAnti-Müllerian Hormone：AMH）はミュラー管の発育を阻止する。その結果，男性器が形成される（図2）。これに対し，女児においては，生殖器形成に関し積極的に働く因子は存在しない。未分化性腺はTDF非存在下では卵巣に分化し，テストステロンやMISの刺激がなければウオルフ管は退化しミュラー管が発育することになる。すなわち，女性生殖器は自然に形成されることになり，これがインターセックスの表現型として女性が多いことの原因となっている。

3) 性の決定

上述してきたように生物学的「性」は，染色体→性腺→ホルモン種→性器により決定され，それに関連する種々の性分化異常症が存在するが，特にヒトにおいては性同一性障害に代表される精神・心理学的な性違和や，同性愛のような性指向の問題も含めなければならない（図3）。すなわち，一元的に「男」，「女」を判断することがいかに困難であるかを念頭に置く必要がある。

- 染色体・遺伝子
  - ↓ Turner症候群・ Klinefelter症候群・ XY女性
- 性腺（卵巣/精巣）
  - ↓ 性腺異形成症・早発卵巣不全症
- 内分泌（エストロゲン/アンドロゲン/ゴナドトロピン）
  - ↓ 精巣性女性化症・先天性副腎過形成・思春期早発症 下垂体ゴナドトロピン欠損症・Kallmann症候群
- 内性器（子宮・卵管/精嚢・前立腺）
  - ↓ 子宮奇形・先天性頸管欠損症
- 外性器（腟・陰唇・陰核/陰嚢・陰茎）
  - ↓ 先天性腟欠損症（MRK症候群）・腟中隔
- 精神・心理・社会
  - 性同一性障害
- 性指向　同性愛（ゲイ・レズビアン）

図3　性の決定因子とその異常に伴うインターセックス例

2. 精巣性女性化症（アンドロゲン不応症候群）

1) 診　断

アンドロゲン不応症候群（androgen insensitivity syndrome：AIS）は，胎児精巣が十分なテス

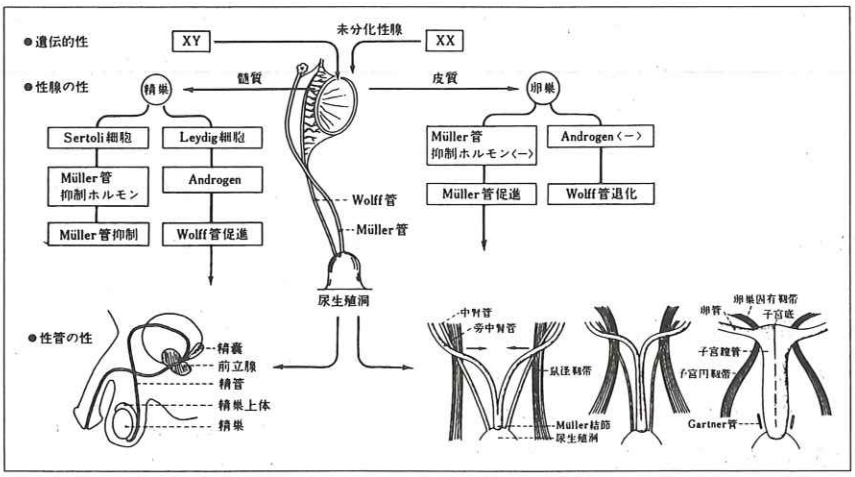


図2　男女における内・外性器の分化

トステロンを分泌してもアンドロゲン効果が不足し，その結果，種々の程度の男性化障害を生じる病態で，精巣性女性化症（testicular feminization：TF）はAISの重症サブタイプと考えられる。

その原因はアンドロゲン受容体（androgen receptor：AR）の構造異常によるもので，1988年のARcDNAのクローニング[3]以来，AR遺伝子異常は既に数100例を超す症例で解析され，ARの各機能ドメインに種々の変異が同定されている。Gottliebら[4]により，それらはデータベース化されインターネットを通じて閲覧可能である[5]。

AISは46,XYの核型を有し，頻度は男性5～13万人に1人とされている[6]。完全型TFは腹腔内または鼠径部にテストステロンを十分に分泌する精巣を有するが，外陰部は完全な女性型で，前立腺，精嚢は存在しない。思春期には乳房の発育，体型の女性化などは認められるが，陰毛の発毛や月経は起こらない。子宮は存在せず，腟は盲端に終わっている。不完全型TFでは，アンドロゲン不応が不十分なため，陰核肥大，陰唇癒合，変声などの男性化症状が起こる場合もある。

2）精巣摘出術

異所性の精巣は高頻度で悪性化し，gonadoblastomaやdysgerminomaを発症することが知られており，TFにおいても25才までが3.6%，50才までが33%と報告されている[7]。腹腔内精巣摘出術のポイントは，1）安全・確実・低侵襲であること，2）低疼痛で，早期離床・早期退院が可能であること，3）美容上の問題，などである。

近年の内視鏡手術技術の進歩はめざましく，婦人科領域においても腹腔鏡をはじめとする多くの内視鏡手術が適応されるに至っている。その背景には，光学機器，自動気腹装置や光源の開発に伴う鮮明な視野の確保が可能となったこと，ディスポーザブル製品の普及などのよる手術用器具の改良，画像診断等の進歩による術前診断の確実化，健康保険の適用などが挙げられる。さらに，光学視管や鉗子類はさらに細径化されてきている（図4）。

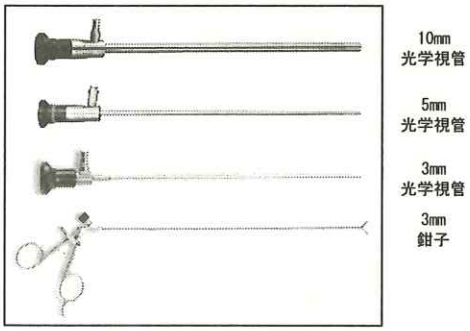


図4　新しい腹腔鏡器具

そこで我々は，TFの2症例において，腹腔鏡下に，それぞれ10mm径ならびに5mm径の光学視管・鉗子（症例A：19才），5.4mm径の光学視管，3mm径の鉗子（症例B：24才）を用いた精巣摘出術を行った。症例Bでは，腹腔内の精巣の存在を確認し（写真1-A），精巣提索を剥離・分離後，結紮糸を貫通させ（写真1-B），結紮（写真1-C）後切断し，精巣を細片化して腹腔外へ摘出した。手術時間は3時間6分と，症例A（2時間3分）に比して長時間を要したが，術後疼痛はほとんど見られなかった。また腹腔鏡ならびに鉗子挿入部の創傷も針穴痕程度であった（写真2）。写真2の症例Cは以前に施行した開腹術による鼠径部からの精巣摘出例であるが，腹壁に残る手術痕に大きな相違が認められた。術後疼痛な

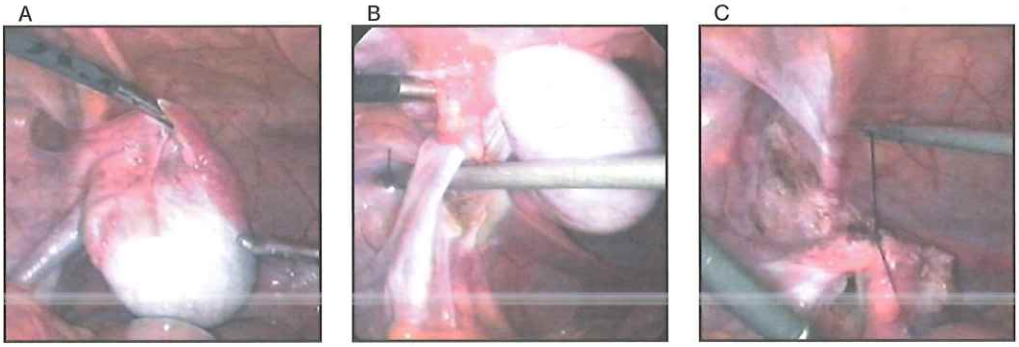


写真1　精巣性女性化症例（症例B）に対する腹腔鏡下腹腔内精巣摘出術

A：腹腔内の精巣，B：精巣提索への結紮糸の貫通，C：結紮

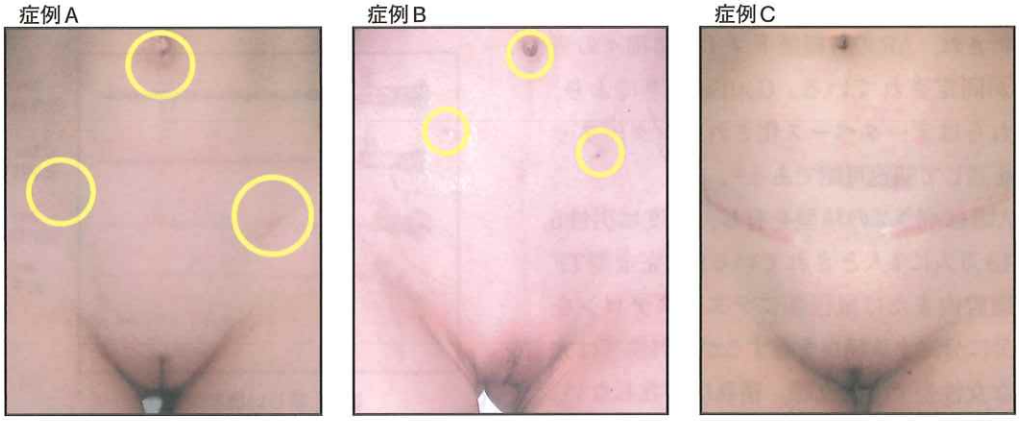


写真2　精巣性女性化症例の腹壁の手術痕

症例A：10mm径光学視管・5mm鉗子を使用，症例B：5.4mm径光学視管・3mm鉗子を使用，
症例C：開腹術による鼠径部からの精巣摘出後

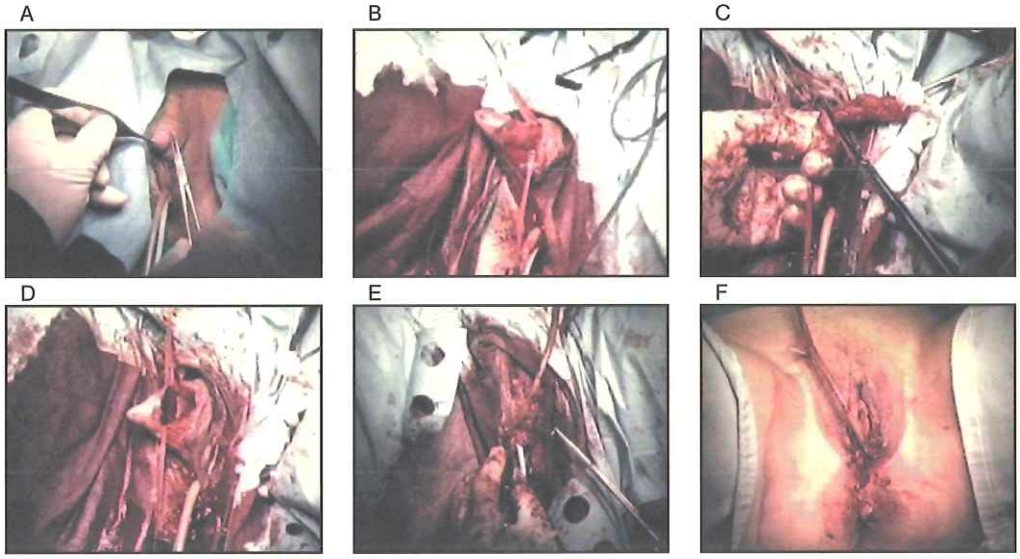


写真3　先天性副腎過形成（21-hydroxylase欠損症）例の外陰形成術

A：陰核を牽引，B：陰核海綿体を血管・神経系より分離，C：陰核海綿体を切断・除去，
D：上下の血管・神経系のみが残った亀頭部の形成，E：陰核亀頭部の縫合固定と，他の外陰形成，
F：手術終了後

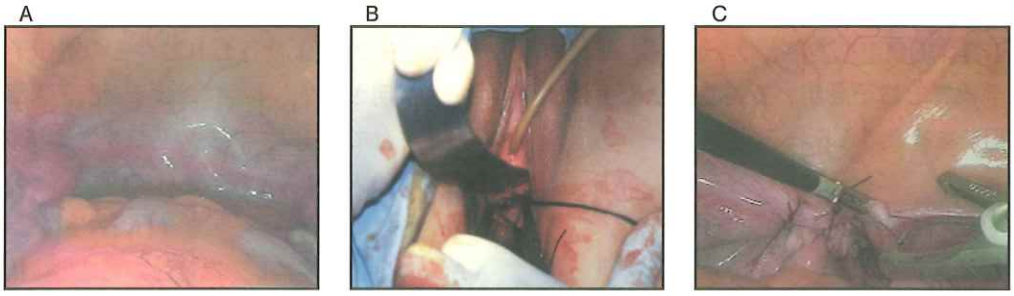


写真4　先天性腟欠損症（MRK症候群）例に対する腹腔鏡下骨盤腹膜利用（Davydov）造腟術（D-ope）の手技

A：先天性腟欠損症例の腹腔内所見，B：腹膜断端と腟粘膜断端の縫合，
C：痕跡子宮中央部の腹膜と直腸漿膜の腹腔鏡下における縫合

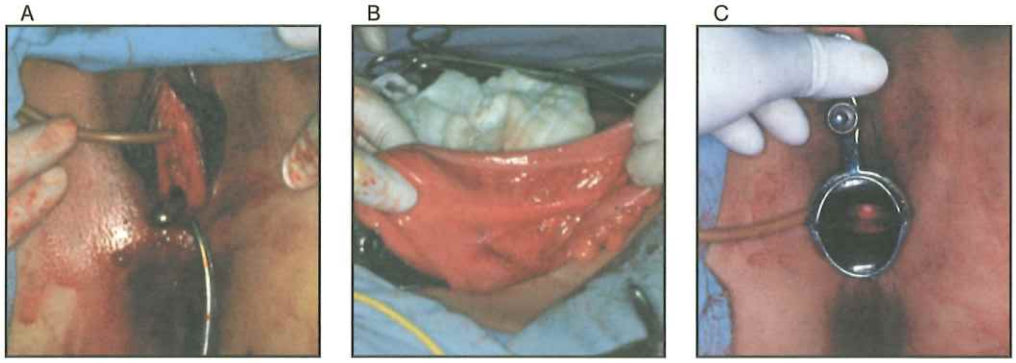


写真5　先天性腟欠損症（MRK症候群）例に対する開腹S状結腸利用造腟術（S-ope）の手技

A：腟壁とダグラス窩腹膜の切開（腹腔内より挿入したヘガール頚管拡張器が観察される），
B：腟形成に用いるS状結腸，C：形成された腟管

写真6　腹腔鏡下骨盤腹膜利用（Davydov）造腟術（D-ope）後の腹部手術痕

術後1ヶ月にて手術は瘢痕化し，6ヶ月ではほぼ完治の状態となり，
ほとんど目立たなくなった

どの身体的負担や美容上の点からも，細径の光学視管と鉗子を用いる腹腔鏡手術手技は有用であると考えられる。

3. 先天性副腎過形成

1) 診断・治療

先天性副腎過形成(congenital adrenal hyperplasia: CAH)は，副腎皮質におけるステロイド生合成過程の先天性酵素欠損・欠乏により，副腎皮質からのコルチゾールの分泌が低下し，下垂体ー副腎皮質系の代償的フィードバック機構により，下垂体前葉からのACTH過剰分泌が起こり，その結果，副腎皮質が過形成をきたす疾患群である[8, 9]。その典型的なものは21-hydroxylase欠損症および11-β-hydroxylase欠損症であり，これらは先天性副腎性器症候群(congenital adrenogenital syndrome)と呼ばれている。症状は過剰な副腎性アンドロゲンによって起こるもので，出生時より女児においては陰核肥大，陰唇癒合，共通尿生殖洞などの男性化が起こるが，その程度は症例によって異なっている(図5)。

CAHの大部分は21-hydroxylase欠損症であり，ステロイド21位水酸化反応はチトクロームP450C21により行われる。その遺伝子構造も解明され[10]，本症における遺伝子異常も解析されている[11]。また，発症頻度は15,000～20,000人に1人と報告されている[8]。

治療は糖質コルチコイド投与によりACTH分泌を抑制し，進行性の男性化症状を抑えることを目的とするが，外性器に対しては外科的治療を必要とする場合も多い。

2) 外陰形成術

陰核肥大に対しては，古くは陰核切断術が適応されていた[12]が，将来の性生活を考慮し，神経・血管系を残したまま陰核亀頭を温存する陰核海綿体切除術が行われるようになってきている。

その手技(写真3)としては，A) 肥大した陰核を牽引する，B) 粘膜・筋膜を切開し，陰核背動静脈および陰核背神経などの走行に注意しながら陰核海綿体を分離する，C) 陰核海綿体を根部ならびに陰核亀頭部の間で切断・除去する，D) 上下の血管・神経系のみが残った亀頭部が形成される，E) 陰核亀頭部を陰核包皮部に縫合固定し，陰唇癒合や共通尿生殖洞に対する外陰形成術を行う，F) 外陰形成を終了し，手術を終える。

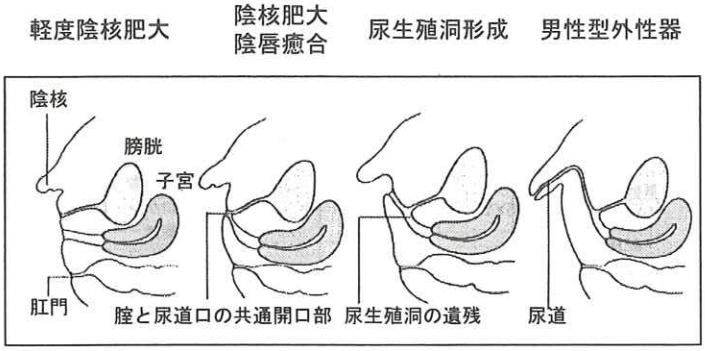


図5 先天性副腎過形成における内外性器

4. 先天性腟欠損症

1) 診断・治療

先天性腟欠損症はMayer-Rokitansky-Küster (MRK) 症候群ともよばれ，ミュラー管の分化・発育異常症である。腟の完全または部分欠損と子宮の形成不全が認められるが，外性器と性腺は正常である。その発生頻度は女性4,000～5,000人に1人と報告され[13,14]，性交を目的とする造腟術が治療として必要となる。観血的な造腟術の方法としては，皮膚移植片を用いたMcIndoe手術，S状結腸を用いたRuge法などが挙げられるが，未だ最善と考えられる方法に関してのコンセンサスは得られていない (表1)。

表1　先天性腟欠損症に対する造腟法

非観血方法：
1. 継続的拡張法 (Frank法，1938年)
2. 自然性交法 (1972年)
3. サドル法 (Ingram法，1981年)

観血的方法：
1. 皮膚移植片利用法 (McIndoe法，1938年)
2. S状結腸利用法 (Ruge法，1914年)
3. 骨盤腹膜利用法 (Davydov法，1933年)
   1) 開腹
   2) 腹腔鏡

2) 腹腔鏡下骨盤腹膜利用 (Davydov) 造腟術

骨盤腹膜を用いた造腟術はロシアで発展してきたが，ロシア語による報告が多く，世界的には一般化されなかった。小骨盤腹膜を用いた方法はAristとDavydovによって術式が発表され，1972年アメリカのRothmanら[15]が英文誌にDavydov法として紹介したことからこの名でよばれている。我々は，1991～1994年には開腹によるS状結腸利用法 (S-ope) にて7例 (18～27才) に造腟術を行ってきたが，1995年以降は腹腔鏡下に骨盤腹膜を用いたDavydov手術 (D-ope) を11例 (18～36才) に施行してきた。

Davydov手術の元法としては，開腹術で腹腔側よりダグラス窩腹膜を切開していたし，腟の円蓋部分形成のための腹膜と直腸漿膜との縫合を腹膜-腟粘膜断端縫合に先立って行っている。しかしながら腹腔鏡下手術においては，腹膜-腟粘膜断端縫合を先に行った方が腹膜と直腸漿膜との縫合が容易であり，より長い腟長が得られやすい。我々のD-ope (図6) では，まず腹腔内を観察後 (写真4-A)，腟式操作として腟前庭部より粘膜を切開し，膀胱と直腸の間にダグラス窩腹膜まで到達する十分な空間を作成した。腹腔鏡下にダグラス窩腹膜を切開し，腟側よりこの腹膜断端と腟粘膜断端を縫合した (写真4-B)。次に腟の円蓋部を形成するため，痕跡子宮中

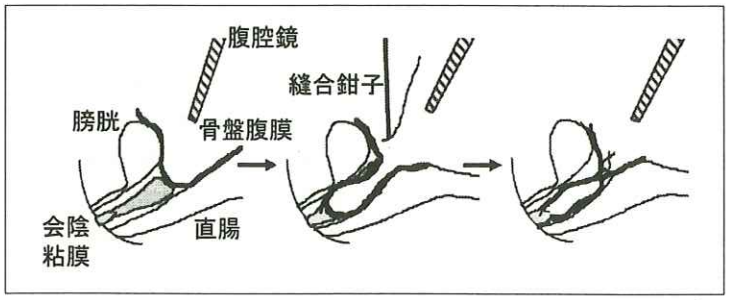


図6　腹腔鏡下骨盤腹膜利用 (Davydov) 造腟術 (D-ope) の手技

央部の索状組織の腹膜と直腸漿膜を吸収糸にて腹腔鏡下に縫合した（写真4-C）。

S-opeはD-opeと同様に腟側から膀胱と直腸の間に腟腔を作り（写真5-A），10-12cmほどのS状結腸を血流を維持したまま遊離させ（写真5-B），この空間に移植した（写真5-C）。

3）腹腔鏡下骨盤腹膜利用造腟術の利点と欠点

Davydov法の長所としては，手術時間が短い，合併症が少ない，性行為の満足度が得られるということが述べられている。多数例を検討したAdamianら[16]の報告によれば，324例のフォローアップ症例（腹腔鏡下に57例）中，腸管損傷2例，膀胱損傷1例で，腹腔鏡併用では合併症は全くなく，極めて安全であったとしている。そして324例中317例で性交障害の訴えはなく，10-12cmの腟鏡の挿入が可能であり，本術式の安全性が優れていると述べている。

これに対しS状結腸利用法は，より自然に近い形で腟が形成され，術後管理が容易といった点で優れている。欠点としては手術時の侵襲が大きく，S状結腸の可動性や血管走行によっては手術不可能なこともある。また，腸管脱出壊死や悪臭，分泌物に悩まされたり，

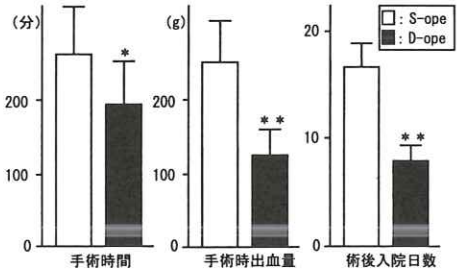


図7　開腹S状結腸利用造腟術（S-ope）と腹腔鏡下骨盤腹膜利用（Davydov）造腟術（D-ope）の手術時間，手術時出血量，術後入院日数の比較

S-ope（□）に比してD-ope（■）の方が，手術時間の短縮，手術時出血量の減少，術後入院日数の短縮が認められた。*p<0.05，**p<0.01

中にはS状結腸脱[17]などの思いがけない合併症の報告もある。

我々のD-opeでもS-opeに比して，手術時間の短縮（図7），手術時の出血量の減少，術後の回復経過，手術痕の美容上の利点（写真6）などに優れていると考えられた。しかしながら，腹膜-腟粘膜断端縫合の出血ならびに瘢痕性萎縮により再手術を余儀なくされた例もあり，その点はS-opeの方が勝っていると思われた。すなわち，腹腔鏡下骨盤腹膜利用造腟術は出血量も軽微で，入院日数の短縮化により患者負担も軽減され，手術痕も小さく，若年女性には最適であるが，術後のフォロー

表2　各種インターセックスの生殖能と適応される生殖補助医療　（文献23）より引用）

疾患名	卵巣	子宮	ART[1]	手術	HRT[2]
ターナー症候群	無	有	卵子提供	性腺摘出術[3]	要
精巣性女性化症	無	無	不能	精巣摘出術	要
先天性副腎過形成	有	有	不要	外陰形成術	不要
先天性腟欠損症	有	無	代理懐胎	造腟術	不要
先天性頚管欠損症	有	有	体外受精[4]	子宮体部－腟吻合術	不要

[1] ART：assisted reproductive technology
[2] HRT：hormone replacement therapy（エストロゲン/プロゲステロン）
[3] Y成分を含む場合，[4] 術後の状態による

が必要であると結論された。近年，腹腔鏡下におけるS状結腸利用造腟術[18,19]も行われており，さらなる比較検討が必要であろう。

おわりに

生殖補助技術(assisted reproductive technology: ART)のめざましい進歩に伴い，インターセックスにおいても，種々の方法(表2)で自らの児を得ることが可能となってきている[20-23]。かれらのQOLを高めるためにも，ARTの適応とともに，最善の治療法・手術法の確立と施行が必須であることは言うまでもない。さらに「性」と生殖の問題も，深く考察していく必要を痛感する。

謝　辞

種々の外科的治療に際し，入院，手術ならびに術後管理に携わった医師諸氏に感謝する。また本論文の要旨は，第28回日本性科学会学術集会(2008年10月5日，京都市)において会長講演「男と女の間には…インターセックス－30年間の医学的自分史－」で発表した。

文　献

1) 内分泌症候群(上巻)，別冊日本臨床　領域別症候群シリーズNo.1，日本臨床社，大阪，1993.
2) 内分泌症候群(第2版)II，別冊日本臨床　新領域別症候群シリーズNo.2，日本臨床社，大阪，2006.
3) Chang C, Kokontis J, Liao ST.: Molecular cloning of human and rat complementary DNA encoding androgen receptors. Science 240: 324-326, 1988.
4) Gottlieb B, Trifiro M, Lumbroso R, Pinsky L.: The androgen receptor gene database. Nucleic Acids Res 25: 158-162, 1997.
5) http://www.androgedb.mcgill.ca/
6) Wilson JD: Syndrome of androgen resistance. Biol Reprod 46: 168-173, 1992.
7) Manuel M, Katayama PK, Jones HW Jr.: The age of occurrence of gonadal tumors in intersex patients with Y chromosome. Am J Obstet Gynecol 124: 293-300, 1976.
8) Speiser PW, White PC: Congenital adrenal hyperplasia. N Engl J Med 349: 776-788, 2003.
9) White PC, New MI, Dupont B: Congenital adrenal hyperplasia (2). N Engl J Med 316: 1580-1586, 1987.
10) Higashi Y, Yoshioka H, Yamane M, Gotoh O, Fujii-Kuriyama Y: Complete nucleotide sequence of two steroid 21-hydroxylase gene tandemly arranged in human chromosome: A pseudogene and a genuine gene. Biochemistry 83: 2841-2845 1986.
11) Wedell A: Molecular genetics of congenital adrenal hyperplasia (21-hydroxylase deficiency): implications for diagnosis, prognosis and treatment. Acta Pediatr 87: 159-164, 1998.
12) 志田圭三，柴山勝太郎：III性分化異常症の臨床-E.性分化異常症の管理．産婦人科シリーズ　半陰陽のすべて，木川源則(編)，南江堂，東京，pp160-187，1979.
13) Ghirardini G, Segre A: Vaginal agenesis (mayer-rokitansky-küster-hauser syndrome): recent etiopathogenetical and anatomical views. Clin Exp Obstet Gynecol 9: 98-102,

1982.
14) Capraro VJ, Gallego MB: Vaginal agenesis. Am J Obstet Gynecol 124: 98-107, 1976.
15) Rothman D: The use of peritoneum in the construction of a vagina. Obstet Gynecol 40: 835-838, 1972.
16) Adamian LV, Zurabiani ZR, Kiselev SI, Khashukoeva AZ: Laparoscopy in surgical treatment of vaginal aplasia: laparoscopy-assisted colpopoiesis and perineal hysterectomy with colpopoiesis. Int J Fertil Menopausal Stud 41: 40-45, 1996.
17) Freundt I, Toolenaar TA, Jeekel H, Drogendijk AC, Huikeshoven FJ: Prolapse of the sigmoid neovagina: report of three cases. Obstet Gynecol 83: 876-879, 1994.
18) Ohashi S, Ikuma K, Koyasu Y, Tei K, Kanno H, Akashi A, Haque SM: Laparoscopic reconstruction of vagina using sigmoid autograft. Surg Endosc 10: 1019-1021, 1996.
19) Ikuma K, Ohashi S, Koyasu Y, Tei K, Haque SM: Laparoscopic colpopoiesis using sigmoid colon. Surg Laparosc Endosc 7: 60-62.1997.
20) Batzer FR, Corson SL, Gocial B, Daly DC, Go K, English ME: Genetic offspring in patients with vaginal agenesis: specific medical and legal issues. Am J Obstet Gynecol 167: 1288-1292, 1992.
21) Beski S, Gorgy A, Venkat G, Craft IL, Edmonds K: Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome. Huma Reprod 15: 2326-2328, 2000.
22) Brinsden PR: Gestational surrogacy. Hum Reprod Update 9: 483-491, 2003.
23) 菅沼信彦：性分化異常症における患者本人ならびに家族へのインフォームドコンセント.生殖医療のコツと落とし穴，吉村泰典(編)，中山書店，東京，pp216-217, 2004.

総　説

女性の性反応と性機能障害 研究の歴史と現在

Review: Female Sexual function and dysfunction
History and current research

国立病院機構千葉医療センター産婦人科
大川　玲子
Reiko OHKAWA M.D.
Department of Obstetrics & Gynecology
National Hospital Organization, Chiba Medical center

抄　録：本稿の目的はFSD研究の歴史と，最近の研究の動向を検討し，今後の研究発展に寄与することである。2002年の本誌総説[9]では，1999年のInternational Consultation on Sexual DysfunctionsによるFSD分類が提案されており，その周辺のエビデンスを紹介した。本稿ではそれ以降，主に2003年の2nd consultation 提案を中心に検討した。この間の研究としては，複雑な女性の性心理分析をはじめ，男性との差別化が特徴的である。FSD新分類では，女性の性反応が必ずしも性欲，性的興奮，オルガズムという直線をたどらず，性欲の自覚も不可欠では無いこと，vaginismusが性的疼痛から独立し適切な定義が設定されたこと，など大きな変更が見られる。様々な診療分門で，疾患を持つ女性のセクシュアリティが考慮されてきたが，まだ臨床は緒についたところである。研究の進歩を支えるツールとして，女性性機能評価法（質問票）の開発が挙げられる。婦人科領域でのFSD研究が待たれるが，女性の性反応における心理，社会性，関係性の要素を考えれば，これまでの男性研究の延長線では無く，心理部門との共同研究が必須と考えられる。

キーワード：女性性機能障害，female sexual dysfunction，FSD，ワギニスムス，女性性機能質問票

Abstract: The purpose of this paper is to review recent progress of female sexual dysfunction, FSD studies, as well as the history of those. Several big changes in definition of FSD were proposed in 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions (2003). The 1st was making subdivision of sexual arousal, that is subjective and genital arousal. The definition of vaginismus was changed properly and vaginismus was separated from sexual pain disorders. Professionals

of various medical field have got to consider sexual function of women with illness including cancer. But those trials are still on the start line. Standardized and validated sexual function questionnaires are promoting SFD investigations. Gynecological study for FSD is requested. And it should be collaborated with psychological group, because female sexual response is, apart from male, deeply related to mental, social and relational factors.

Keywords: female sexual dysfunction, FSD, vaginismus,

1. 女性のセクシュアリティ研究の歴史

西欧の近代性科学は，それ以前の，医学とは言っても非科学的な性理論や，性に対する社会の偏見に打ち勝つかたちで発展してきた。性科学が立ち向かわなければならなかった偏見はまず，「性」そのものを表立って語ることができない恥ずべきもの，とする文化である。日本では西欧文化の影響を大きく受けた明治以後にその傾向が著しい。いまひとつは，「性」への偏見を支える構造としての性差別 (gender inequity) がある。女性の性科学研究は，そこに焦点をあてることで進歩してきた。

「科学」は中立なイメージで人々に説得力があり，問題解決に大きな力となった。近代医学の発達により，その恩恵の受け方には地域格差があるものの，妊娠・出産の安全性は極めて高くなり，避妊法の開発，不妊症治療，HIV/AIDSの治療を含むSTD対策も進歩している。一方，性反応，性機能，性行動といったセクシュアリティの中心部分，特に女性に関する医学的研究は立ち後れている。日本ではその傾向が著しく，現在のところ女性の性反応，性機能の医学研究を行っている大学は皆無に近い。むしろ先行している男性性機能研究者（主として泌尿器科医）が，男性のパートナーとしての女性について調査・研究を開始している状況である。

性の健康世界学会 (World Association for Sexual Health; WAS) は，2005年に性の健康推進に向けた8項目からなる The Sexual Health for the Millennium Declaration（モントリオール宣言）を採択し[1, 2, 3]，2008年にはその理論的な裏付けと行動綱領である Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document[4]を上梓している。これは，生殖における個人の健康が人口問題の解決策とする世界人口開発会議や，国連ミレニアム開発目標 (MDGs) などの趣旨に結びついている。

モントリオール宣言の中核は1.基本的人権としての性の権利と，2.性（ジェンダー）の平等であるが，この宣言の今ひとつ革新的な部分は，7.性に関する悩み，性機能不全，性障害へのとりくみ，と8.性の喜びは幸福 (well-being) の一要素であるという認識を確立する，の部分であろう。性の健康を，リスクの面からだけでなく，本来人間の喜びの一つという視点でとらえるべきである。それはまた，ジェンダーの問題にもどり，男性の快楽の陰に軽視されてきた女性の性の喜びを正しく求める必要がある。

大正から昭和初期にかけて，日本で育ちにくかった人権運動を興した山本宣治

(1889-1929)[5]は，生物学者，あるいは教育者として独自の性教育論を展開した。すなわち性の肯定と女子の尊重であり，女性も男性同様教育を受け，性を楽しむべきであるとした。彼はその政治活動のために，41才で右翼男性によって暗殺されたが，日本でもこのような先見性の高い思想が生まれたという事実，また性は人権の一部として根源的なものであることを刻んでおきたいものである。

2. 女性の性反応研究

欧米の近代性科学の祖はS. Freud (1856-1939) と言われる[6]。18，19世紀の西洋医学は，性行為は男性の健康を害するとし，女性の性的快感やオルガズムを無視していた。このなかで彼は，人間の活動が性欲を基盤としている（汎性欲説）ことを神経症の研究で認識し，性を精神医学の対象に高めることに成功した。一方フロイトは，女性のクリトリス・オルガズムは少女期のペニス願望の遺残であり，大人に成長すれば腟オルガズムを得られるとして，クリトリス・オルガズムや女性のセクシュアリティを劣位においた。女性蔑視の文化が根強く，フロイトの科学的な目もそこから自由にはなれなかったと言える。Freudの同時代人で性心理学の祖とも言われるH. Ellis (1840-1902) は，女性のセクシュアリティやマスターベーション，同性愛などについても，社会の潮流に対して，より批判的で科学的な論述をした。

アメリカのA. Kinsey (1894-1956)は18000人の米国人男女への性のインタビュー調査を行い「男性における性行動」(1948)「女性における性行動」(1953)を著した。この調査は，一般のアメリカ人のセクシュアリティ調査に，統計的正しさを付加する様々な配慮をした画期的なものであった[7]。しかしこの報告では特に女性の性行動が，多くの人々，特に男性が嫌悪を感じるほど多様で活動的であったため，女性編は発禁となり，Kinseyは研究費の援助を中止される結果となった。女性の性反応に関して言えば，腟オルガズムよりクリトリス・オルガズムを得る女性の方がはるかに多いことが，この調査で明らかとなった。

W. Masters (1916-2001) とV. Johnson (以下M & J) はボランティアー男女600人の実験的研究を行い「人間の性反応」を発表，後に，それらの性反応に問題のある場合の治療法を研究し「人間の性不全」を発表した。彼らは人間の性反応は自律神経を介した生理学的な反応（性的興奮から高原期と続きオルガズムに至る）であり，これは男女の性器が発生解剖学的に相同であることに関連し，性反応は基本的に男女同じであることを強調した。彼らの開発した性治療法は極めて心理学的なものだが，これは医学が身体疾患としての性機能障害を治療するレベルに達していなかったことと，性反応障害の多くは心理的なトラブル（多くは不安）から生じていることを示している。精神科医であるH. S. Kaplan はM & Jの治療理論を完成させた。現在米国精神医学会の診断基準（現在ではDSM-Ⅳ-TR[8]）（表1）やICD-10の精神疾患として分類されている性機能障害分類はKaplan理論に基づいている。女性のオルガズムについて言えば，M & Jはクリトリスを介したオルガズムがペニス刺激を介した男性のそれと同等のものであることを実証した。女性のオルガズムがクリトリス優位であるという認識はKaplanにも引き継がれた。

表1　性機能不全sexual dysfunctionの分類　DSM-IV-TR[8]より

性的欲求の障害	Sexual Desire Disorders
性的欲求低下障害	Hypoactive Sexual Desire Disorder
性嫌悪障害	Sexual Aversion Disorder
性的興奮の障害	Sexual Arousal Disorders
女性の性的興奮の障害	Female Sexual Arousal Disorder
男性の勃起障害	Male Erectile Disorder
オルガズム障害	Orgasmic Disorders
女性オルガズム障害	Female Orgasmic Disorder
男性オルガズム障害	Male Orgasmic Disorder
早漏	Premature Ejaculation
性交疼痛障害	Sexual Pain Disorders
性交疼痛	Dyspareunia
腟けいれん	Vaginismus

病型	発症の特質	生来型	獲得型
	性機能不全がおこる状況	全般型	状況型
病因	心理的要因／混合性要因／一般身体疾患を示すことによるもの		

その後，男性の性反応や性機能障害，特にerectile dysfunction; EDの研究は医学的に進歩し，神経伝達物質の解明からHT5 inhibitorであるED治療薬の開発に至ったことは周知のことである。一方性反応が男性と一致すると言っても，勃起，射精など身体要素が判定しやすい男性と異なり，女性の性反応は心身の反応が複雑に絡み合って研究が難しく，女性の性反応，性障害研究は遅れている[9]。

身体面での女性の性特異性に注目したのは，B. Whipple[10]がその代表と言えよう。Whippleは腟オルガズムの存在は無視できないとして，その解剖生理を追求してきた。腟オルガズムの由来として，Gröfenbergが提唱したG-spotなどを検討した結果，G-spotを含めて腟や子宮を経由し，脊髄神経でなく迷走神経を介した，明らかにクリトリス・オルガズムとは異なるオルガズム系統があることを報告した。H. O' Connell[11]は，クリトリスの詳細な解剖から，クリトリスの本体は外から見える部分よりずっと大きな後方部分で，尿道と腟管を包含する海綿体構造であるとした。亀頭の神経終末から伝わる刺激がこの海綿体を膨張させ，いわゆる腟周囲の充血を担うことが，女性の性的興奮の重要部分である。またこの海綿体構造の一部がG-spotに一致する。この理論はこれまでの女性のオルガズム論争（腟かクリトリスか）に一つの科学的結論をもたらした[12]。女性にはこのほか，乳房刺激やファンタジー，あるいはそうした集中無しにオルガズムに達するケースも有り，女性の多様なオルガズムのメカニズムは，今後の研究課題である。

解剖生理学が主体となるオルガズム研究とは別に，性心理学的にも女性が男性と異なる点が追求されてきた。精神科医のR. Basson[13]は，性欲，性的興奮，オルガズムの諸相が一方向に進行する（linear response），これまでの性反応サイクルの説明は，男性にはあてはまるが女性ではしっくり来ないことに注目した。そして女性の円冠的な性反応パターンを提案した（図1）。すなわち女性では自発的な性欲（spontaneous desire）が無く

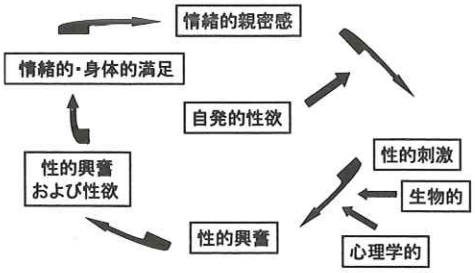


図1　女性の性反応は線状でなく円冠的に進む
R. Basson 2001[13]

とも，親密なパートナーからの好ましい働きかけで性的に興奮し，それが性欲を引き出し，良い結果はさらに性反応を容易にする。Basson[14]によれば，男性の性反応も円冠的な図式で表現できるが，直線で説明し得る男性が女性より多いのである。性差は一般的にそうしたもので，女性の特徴の研究成果は男性の可能性をひろげるものである。

3. 女性の性機能障害（FSD）

女性性機能障害の分類が，この10年来，DSM分類を見直すかたちで提案されている。その理由は，精神疾患としての分類であるDSM-Ⅳ-TR（表1）に対して，より包括的な分類が必要となってきたこと。今一つの理由は，M＆JやKaplan以来男女の性反応の相同性が強調されてきたが，実際には異なる面も多く，そこにメスが入れられたことである。女性性機能障害（Female Sexual Dysfunction: FSD）は以下にのべる会議によって提案された言葉であるが，すでにFSDはEDほどではないにせよ，広く通用する用語となってきた。

FSD分類についてのconsensus meetingは1999年にスタートした。第1回の提案[15]では，分類そのものには著しい変化が無く（表2），女性の性機能の基準に，オルガズムの有無とは別に全体的な満足 satisfactionという評価が必要，という提案が付記された程度である。

第2回の提案は2003年，2nd International Consultation on Sexual Dysfunctionsの総括としてrevised definition of FSDとして発表された。その結果，FSD分類はいくつかの大きな変更を含み，表3の様に提案された[16]。

この分類の特徴の一つは性的興奮の障害の見直し，あるいは細分化である。メンバーの一人Bassonの主張は，女性の性的興奮は，lubrication（腟潤滑液流出）に代表される身体的な反応と，主観的な性的興奮／快感とがしばしば乖離するということである。すなわちSubjective sexual arousal dysfunction（主観的興奮障害），Genital arousal dysfunctions（性器的興奮障害），および両者とも障害されるCombined sexual arousal dysfunction（複合的興奮障害）と細分化した分類が提案されている[17]。

さらに性的興奮障害には，Persistent sexual arousal disorder（持続的興奮障害）という新たな障害概念が付加された。Leiblumら[18]がpersistent sexual arousal syndromeあるいはpersistent genital arousal syndrome[19]として提唱しているこの症候群では，「外陰／クリトリスの不随意の興奮状態が持続する。主観的な性欲とは無関係におこり，オルガズムによっても解消しない。」という特徴があり，重度では極めて不快な症状となる。原因は今のところ不明

表2　女性機能障害（FSD）分類

1999 Consensus Classification System[15]

Ⅰ．性的欲求の障害	Sexual Desire Disorders
A. 性欲低下障害	Hypoactive Sexual Desire Disorder
B. 性嫌悪障害	Sexual Aversion Disorder
Ⅱ．性的興奮の障害	Sexual Arousal Disorders
Ⅲ．オルガズム障害	Orgasmic Disorders
Ⅳ．性的疼痛障害	Sexual Pain Disorders
A. 性交疼痛症	Dyspareunia
B. 腟けいれん	Vaginismus
C. 非性交性性的疼痛／その他の性的疼痛	Noncoital sexual pain disorder Other sexual pain disorders

病型　A生来型／獲得型
　　B全般型／状況型
病因　[器質性　心因性　混合性　不明]
　　[枠内]はDSM-Ⅳ-TRとの相違部分

で，抗うつ薬のSSRIによっておこるものが報告されている[19]。一方，軽度の症状は多くの女性が体験しており，必ずしも不快では無い[20]。

文献を調べた限りでは「持続性興奮障害」は，他の分類に入れ難しとはいうものの，興奮障害の一つに取り上げるには更に検討を要すると思われる。男性の持続勃起とイメージは重なるのだが，より慢性的な病態である。

2nd consensus meetingのもう一つの大きな変更は，性嫌悪障害(Sexual aversion disorder)が性欲障害(Sexual desire/interest dysfunctions)から独立したことである。この点はかねてから阿部[21]も，主として男性の症例経験から主張している。たとえば，特定の相手に対して性嫌悪障害がある場合に，これが性欲障害の下位分類としてしまうと，他の相手との性行為やマスターベーション可能な状態を説明しにくくなる。しかしBassonの論文[17]では性嫌悪障害について説明しておらず，その項目すら無いのはやや理解に苦しむところである。

表3　女性機能障害(FSD)分類改訂版

2003 Consensus Classification System[16]

✧性的欲求や興味の障害	Sexual desire/interest dysfunctions
✧性的興奮障害	Sexual arousal disorders
●複合的興奮障害	Combined sexual arousal dysfunction
●主観的興奮障害	Subjective sexual arousal dysfunction
●性器的興奮障害	Genital arousal dysfunctions
●持続的興奮障害	Persistent sexual arousal disorder
✧オルガズム障害	Orgasmic dysfunction
✧ワギニスムス	Vaginismus
✧性交疼痛障害	Dyspareunia
✧性嫌悪障害	Sexual aversion disorder

4. vaginismus(腟けいれん)とdyspareunia(性交疼痛)

FSD新分類(表3)の快挙と思われるのは，vaginismus(腟けいれん)の扱いで，vaginismusを性交疼痛障害(sexual pain disorders)から独立させたことである。

VaginismusのDSM-Ⅳ-TR定義は「腟の外方三分の一の周囲の筋群に不随意性攣縮がおこり，性交不能となる」である。キーワードは腟周囲筋の不随意攣縮と挿入障害の二つであり，「疼痛」の言葉は無いにも関わらず，vaginismusは性交疼痛障害の下位分類の一つとされていた。1999年のSFD分類もvaginismusの扱いは同様である。

ところが筆者の臨床経験では，女性側の問題で性交(挿入)できない患者を仮にvaginismusと診断し，問診や婦人科診察をしてみると，挿入に際して実際に疼痛がある患者はむしろ少ない。そして「挿入は痛いはず」という恐怖が強く，挿入を体験することができない状態であることが多い。その点が見直され，revised definitionではvaginismusが疼痛性障害から独立したことは，筆者の兼ねてからの主張にほぼ等しいものである[22]。vaginismusに対して「女性の腟挿入障害(Femal disorder of vaginal penetration)」という，病態を適切に表す単純な疾患名を提唱してきた筆者[23]の立場としては，腟の攣縮の意であるvaginismusと言う名称も矛盾を含んでいる。

しかし新FSD分類におけるvaginismusの定義は次のようである。「女性の腟入口から，ペニス，指，その他どんなものも，本人の希望に反して挿入できない状況が持続している。しばしばそれは(恐怖による)回避であり，挿入の痛みに対する予期，恐れ，あるいはその経験に基づいている。症状はさまざまな程度の骨盤底筋の不随意収縮(spasmではなくcontractionの語をあてている)を伴う。診

断に際しては身体生理学的異常を除外する」

Bassonの説明では，骨盤底の不随意収縮の確認は難しいので，推測的な診断になることもある。腟の不随意収縮についてのこの適切な定義をもってすれば，vaginismusという矛盾した名称も，使い慣れた短い表現として許容すべきかと思われる。

一方性的疼痛に関して1999年のFSD分類では，性的疼痛障害の下位に，非性交性性的疼痛(non coital sexual pain)と，vulval vestibulitis syndrome; VVSが取り上げられていた[15]。特に後者はその後も論文が相次いでいるものの[24]，新分類では疼痛障害には下位項目がおかれていない。性的興奮障害のひとつとして加わった，前述のpersistent sexual arousal disorderも，分類上の位置に値するものかどうか，今後の動向に注目を要する。

疼痛障害は新分類ではdyspareunia(性交疼痛)と，単純な枠組みになった。記述を見ても，挿入時の腟入口の痛みを含む，持続的な性交痛と限定されている。とは言え性交痛はそのときの性欲など心理状態に影響されるので診断は必ずしも容易ではない。ここは身体疾患に関わる性交痛(それすら心理的な背景によって変わり得るが)についての認識を，婦人科など身体疾患を診る一般医の間に高めてもらうことが肝要である[25]。

5. 身体疾患によるFSD

FSDの原因，あるいはそれを構成する因子は単一では無く，診断に際しては包括的な考慮が必要である。FSDの診断にあたっては，性障害そのものの詳細な把握や性歴は当然としても，現在の心身の疾患・治療，虐待の有無，性に関わらない疼痛，更にはパートナーの同様の情報を収集し検討する。

心身の疾患やその治療とFSDとの関連については，男性に比べて情報量は圧倒的に少ないが，近年急速に関心が高まっている[14]。例えばpubMedで，FSDとmedical therapyをクロスして検索すると，さまざまな疾患とFSD，あるいはFSDの薬物治療などの論文が1291件ヒットするが，過去10年で769件，過去5年では455件と論文数は確実に増加している。糖尿病[26, 27]やこれを含む循環器疾患[28]，内分泌疾患[29]は，全身および骨盤内臓器の機能障害を通じて性反応を劣化させるが，これらに関連する論文数もほぼ同じ割合で増加している。疾患ではないが，閉経後女性の性機能に関する研究は内外で報告されている[30, 31]。しかし性反応の障害が対人関係など他の問題もおこして性欲障害にもつながる，といった円冠構造は，この場合も女性に著しい。男性では明らかにEDの発症が多い糖尿病も，最近の研究においてなお，女性では心理的要素がより強く関与している。

悪性腫瘍も直ちに死に直結するものでは無くなっており，坦癌女性のセクシュアリティはQOLのひとつとして重要である[32]。がんとセクシュアリティについての研究では，婦人科がん[33, 34]，ついで乳がん[35]に関する論文が多いが，血液がん，喉頭がんなど様々な領域の悪性腫瘍治療者が注目するようになってきた。とは言え，多くの論調は「これまであまり顧みられていなかったが，調査をすれば多くの坦癌女性が性行動について知識や提案を望んでいることが判明し，今後研究，医療者の教育などが必要である。」といった段階である。筆者も30年ほど前に子宮がん放射線治療後の性生活[36]を調査した。良

性疾患にくらべて治療の浸襲も大きく，性機能障害も大きいが，解剖的な変異とFSDの程度は相関せず，カップルの関係性や性を重視しているかどうか，など心理的な関与が大と思われた。勃起のテーマに集中しがちな男性と違い，女性では自尊感情，ボディ・イメージ，関係性が重要であるが，やはりこの点を追求することが，今後男性も含めた性機能障害のアプローチに必要であろう。

一方，良性疾患の手術についても，セクシュアリティに配慮するようになってきた。骨盤底とFSDでの検索では，総数で22件のところ過去5年以内に14件がヒットした。子宮単純全摘術が，性器脱の原因となることへの注目[37]や，性器脱によるFSD，また治療[38]に際しても性機能を考慮するようになってきたと言える。

慢性疾患と同様にその治療薬もFSDの原因となることが，これも男性より遅れているものの報告されている。精神疾患がFSDをおこすと同時に向精神薬も性機能障害をおこすことが知られており，薬物の選択や変更の手がかりは複雑である。高プロラクチン血症を通じて性腺が抑制されることは，女性では無月経などが以前から知られていたが，同時にテストステロン減少により性欲障害ももたらす。その他エビデンスがあるのはSSRIによるオルガズム障害，抗精神病薬では性欲障害である[14, 39]。抗不安薬は今のところ明確な傾向は知られていない。

FSDの薬物療法は種々検討されているが，論文化されているものでは，性欲障害に対するアンドロゲン製剤[40]，性的興奮障害やオルガズム障害に対するsildenafil[39]以外，注目すべきものは無いのが現状である。

6. 展　望

FSDが男性よりも高頻度であることは多数の調査で知られている[41, 42]。しばしば引用されるLaumann[41]らの報告では，何らかの性機能障害がある女性は43％（男性31％）で，性欲障害33.4％（15.8％），オルガズム障害24.1％（8.6％），そして性交痛は14.4％（3.0％）（括弧内は男性）と性機能障害は有意に女性に多い。日本人の調査についてもLauman同様，筆者の前著[9]で紹介したが，多くの女性に性機能障害がある，あるいは満たされていないことは大方の予測を裏切らない。

このように多数の女性が性機能障害を抱えているにも関わらず，特に日本では実際に受診する女性は少ない。しかも受診者の多くは，FSDのなかでも高頻度とは思えないvaginismusである。これはvaginismusが不妊など苦痛が大きいことに加え，日本全体にFSD治療が行き渡っていないことを示している。FSDの基礎的臨床的研究と治療者の養成は，多くの女性とパートナーから求められているはずである。

FSDの研究の困難さは，上述してきたように反応の複雑さにある。女性が男性にくらべても性機能の問題を表立って訴えにくい社会条件も，問題を曖昧にさせている。

医学（精神医学も含めて）は，ようやく性反応における女性特有の問題を抽出し，取り組むようになった。研究発達の鍵の一つは女性性機能の評価法であろう。勃起機能評価には Index of Erectile Function; IIEF[43]が日本語版も含めて広く用いられているが，女性性機能の質問票も複数提案され研究に使われるようになった。このなかでSexual

Function Questionnaire; FSQ[44] は大川[45] が日本語版開発に関わっている。またFemale Sexual Function Index; FSFI[46), 47] は，日本でもすでに使用され妥当性研究も進行している。複雑な女性性機能を正しく評価しようとすると設問は多項目となり，使い勝手については課題が残る。

身体疾患を扱う臨床科としては，婦人科がFSDの研究・診療を担うことが期待されるが，薬物開発が進んでいるとは言え，ED治療のような単純な方法論では実りが少ない。婦人科と臨床心理との共同研究・診療が是非とも必要な展開である。

文　献

1) 大川玲子：モントリオール宣言について．日本性科学会雑誌．24(1) 73-77. 2006 http://www.worldsexology.org/doc/The-Sexual-Health-for-the-Millennium-Declaration.pdf
2) 大川玲子：性の健康世界学会　モントリオール宣言「ミレニアムにおける性の健康」．日本性科学会雑誌．24(2): 124-126, 2006
3) 大川玲子：性の健康を推進するために．日本性科学会雑誌．25(1): 3-11, 2007
4) http://www.worldsexology.org/doc/SEXUAL_HEALTH_FOR_THE_MILLENNIUM.pdf
5) 山本直英：山本宣治の性教育．明石書店．1999
6) 野末源一：近代性科学の歴史．日本性科学会監修 セックス・カウンセリング入門．3-9．金原出版．2005
7) 鎮目恭夫：性科学論p13-19，みすず書房．1975
8) 高橋三郎ほか(訳)：DSM-IV TR 精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院，2002
9) 大川玲子：女性の性機能障害．日本性科学会雑誌．20(1): 3-10, 2002
10) Whipple B.,Gerdes C.A. and Komisaruk B.R.: Sexual response to self-stimulation in women with comlete spional cord injury. The Journal of Sex Research. 33231-240,1996
11) O'connell H.E., Hutson J.M., et al: Anatomical relationship between urethra and clitoris. J of Urology, 159: 1892-1897,1998
12) Redelman. M.: A general look at female orgasm and anorgasmia. Sexual Health. 3: 143-53, 2006
13) Basson R.: Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. Obstetrics & Gynecology. 98: 350-353, 2001
14) Basson R., Schultz W.W: Sexual sequelae of general medical disorders. Lancet 369409-324. 2007
15) Basson R. et al: Report of the International Consensus Development on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. Urology. 163: 888-893, 2000
16) LewisR.W., Fugl-Meyer K.S., Bosch R. et al: Definition, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In Rc Rosen et al edt. Sexual dysfunction. p3-37, Health Productuion, London, 2004
17) Basson R., Leiblum S., Blotto L. et.al: Revised definition of women's sexual dysfunction. J of Sexual Medicine 1: 40-48,2004
18) Leiblum S., Brown C., Wan J. et al: Persistent sexual arousal syndrome: a descriptive

study. J Sex Med 2: 331-337, 2005
19) Leiblum S., Goldmeier D.: Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. J Sex Marital Ther. 34: 150-159, 2008
20) Leiblum S., Seehuus M., Brown C.: Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response? J Sex Med 4: 680-687, 2007
21) 阿部輝夫：性機能障害の概念と分類．日本性科学会監修 セックス・カウンセリング入門．75-82．金原出版．2005
22) 大川玲子：腟挿入障害（ワギニスムス）の身体所見についての考察．心身医学46(6) p561，2006
23) 大川玲子：ワギニスムス再定義の試み．日本性科学会雑誌16(1)：9-15, 1998
24) Pukall CF, Binik YM, Khalifé S: A new instrument for pain assessment in vulvar vestibulitis syndrome.. J Sex Marital Ther 30(2): 69-78, 2004
25) 大川玲子：性交痛．産婦人科治療，95(4): 401-405, 2007.
26) 高橋良当ほか．糖尿病女性の性障害—性生活調査より—糖尿病．39: 23-39. 1991
27) Fatemi S.S., Taghavi S.M.:Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. Diab. Vasc. Dis. Res. 6(1): 38-39, 2009
28) Schwarz E., Shen B-J: Sexual dysfunction in cardiac rehabilitation patients is much more than simply an epiphenomenon and needs more study. Rev Esp Cardiol. 61: 907-910. 2008
29) Bhasin S., Enzlin P., Coliello A. et al: Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders
30) Dennerstein L., Randolph J., Taffe J. et al: Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertility and sterility. 77. suppl4 p42-48, 2002
31) 古賀祐子，秋吉美穂子，大輪陽子 他．更年期女性における性交障害の実態とHRTの効果．日本更年期学会雑誌．14(1): 20-26, 2006
32) Katz A.:The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. J clin. Oncl.23: 238-241, 2005
33) 宇津木久仁子，清水敬生，荷見勝彦：婦人科がん治療は性にどのような影響を与えるか? 産科と婦人科，70(9): 1189-1194, 2003.
34) 大川玲子．婦人科がんとセックス・カウンセリング．産科と婦人科，70(9)：1203-1208, 2003.
35) Takahashi M., Kai I.:Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japanese survivors. Social Science and Medicine 61: 1278-1290, 2005
36) 大川玲子，高見沢裕吉，新居竜雄 他：子宮癌放射線治療後の性機能障害．産婦人科治療42(3): 257-263，1981
37) Diges G.A., Chaliha C., Salvatore S. et al.: The relationship of vaginal prolapse severity tosymptoms and quality of life. BJOG. 112(7): 971-976, 2005
38) Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life inwomen with urinary incontinence or genital descensus. Acta

Obstet Gynecol Scand. 84(1): 79-84, 2005
39) Nurmberg HG, Hesley PL, Heiman JR, et al:Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction. JAMA 300(4): 395-404, 2008
40) Bolour S., Braunstein G.: Testosterone therapy in women: a review. Int J Impot Res. 17(5): 399-408, 2005
41) Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999: 281: 537-44.
42) Parish WL, Laumann EO, Pan S., et al: Sexual dysfunction in urban China: a population-based national survey of men and women. L Sex Med. 4(6): 1559-1574, 2007
43) Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al.:The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 49: 822-830. 1997
44) Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a Sexual Function survey for Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. J Womens Health Gend Based Med. 2002; 11:277-89.
45) 大川玲子，大石剛子 他：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 vol.23(1): 80-91. 2005
46) 大川玲子，大石剛子，前田知子 他：女性性機能質問票日本語版 (SFQ-J) の計量心理学的評価．日本性科学会雑誌．26(1): 16-26. 2008
47) Rosen, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J. Sex Marital Ther. 26: 191-208, 2000

原　著

性同一性障害患者の性行動

Sexual orientation and sexual behaviors of outpatients with gender dysphoria.

東京大学大学院　石丸径一郎
The University of Tokyo, ISHIMARU Keiichiro

はりまメンタルクリニック　針間　克己
Harima Mental Clinic, HARIMA Katsuki

本研究の目的は，性同一性障害患者の性指向（性的魅力を感じる性別）と，実際の性行動との関係を明らかにすることである。2008年4月から8月までの間に，性別違和のためにはりまメンタルクリニック（東京都千代田区）を受診した468名の連続サンプルを対象とした。適格基準は，DSM-IV-TRの性同一性障害におけるA基準（反対の性別に対する強い同一感），B基準（自身の身体の性別や性役割に対する持続的な不快感），D基準（重大な苦痛または機能障害）を満たしていることであり，性同一性障害の臨床経験を持つ精神科医によって判断された。対象者の性指向，性行動歴，結婚歴を，初回面接の中で尋ねた。468名の性別の内訳は，294名はfemale-to-male（FTM）であり，174名がmale-to-female（MTF）であった。平均年齢は，FTMが25.6歳，MTFが32.9歳であった。FTMの90％は，女性に対して性的魅力を感じていた。一方MTFの性指向は多様で，44.8％が男性に，15.5％が女性に，23.0％が両性に対して性的魅力を感じ，9.2％は両性ともに性的魅力を感じず，7.5％は「わからない」という回答であった。多くのFTMが，女性に対して性的魅力を感じ，実際に女性と性的接触を持っていたが，一方で男性とも性的接触の経験があった（キス，ペッティング，腟性交がそれぞれ35.0％，24.9％，20.7％）。MTFでは，性的接触の相手の性別も多様であった。9割が女性に対して性的魅力を感じるにもかかわらず，FTMの2割以上が男性との性的接触の経験を持っていた。このことは，自身のジェンダー・アイデンティティを探索する時期と関係があると考えられる。一方MTFは，その性指向，性行動，結婚歴において，より多様であった。

The aim of this study was to investigate the relationships between sexual orientation and the actual sexual behavior among transsexuals in Japan. Participants were 468 consecutive outpatients with gender dysphoria who came to Harima mental clinic, Tokyo, Japan, between April and August 2008. The inclusion criteria were criteria A(cross-gender identification), B(discomfort with sex and gender role), and D(significant distress or impairment) for Gender

Identity Disorder in DSM-IV-TR judged by a experienced psychiatrist. Their sexual orientation, history of sexual behaviors, and marital history were inquired in the first interview. Of the 468 participants, 294 were female-to-male (FTM), and 174 were male-to-female (MTF). Mean age were 25.6 for FTMs, and 32.9 for MTFs. Ninety percent of FTMs were attracted to females, and MTFs had various sexual orientation: 44.8% were attracted to males, 15.5% to females, 23.0% to both, 9.2% to none, and 7.5% were unclear. Although most of FTMs were attracted to and had sexual contact with females, some of them had sexual contact with males (35.0%, 24.9%, and 20.7% for kissing, petting, and vaginal intercourse respectively). MTFs had various sexual experiences with both males and females. Most of FTMs were clearly attracted to females, but some of them also had sexual contact with males. That might link to periods for seeking their gender identity. MTFs were more diverse on sexual orientation, sexual behaviors, and marital history.

Keywords: Gender identity disorder, Sexual behavior, Sexual orientation

問題と目的

性同一性障害(Gender Identity Disorder)は，身体的性別に明らかな異常(半陰陽等)が無いにも関わらず，自身の身体の性的な特徴や性役割に対して持続的な不快感を持ち，反対の性別に対する強く持続的な同一感を持っている状態である。身体的性別が男性であるが女性としてのジェンダー・アイデンティティを持つものをMale To Female(以下MTF)，身体的性別が女性であるが男性としてのジェンダー・アイデンティティを持つものをFemale To Male(以下FTM)と呼ぶ。性同一性障害は，性的魅力を感じる対象の性別(性指向)が同性である同性愛と混同されやすい。しかし，両者は別の概念であり，性同一性障害患者の中にも，異性愛，同性愛，両性愛，また，どちらにも性的魅力を感じない者が存在する。DSM-IV-TR[1]による診断においては，性的に成熟した人の場合には，男性に性的魅力を感じる，女性に性的魅力を感じる，両性ともに性的魅力を感じる，両性ともに性的魅力を感じないのいずれかに該当すれば特定することになっている。

しかし，性同一性障害と性指向はまったく無関係に独立のものではなく，性別によってある程度の傾向が存在する。例えばイギリスではDSM-IV基準を満たした542名の連続サンプルについて，FTMでは73％が女性に性的魅力を感じており，一方MTFで男性に性的魅力を感じる者の割合は24％であった[2]。また，オランダでは，身体治療に適しているとされた187例の連続サンプルについて，FTMにおいて70％が女性に性的魅力を感じるのに対して，MTFで男性に性的魅力を感じる者の割合は53％にとどまっていた[3]。日本においても，岡山大学を受診した579名のデータでは，FTMの92％が女性に対して性的魅力を感じる一方，MTFで男性に対して性的魅力を感じる者は40％であり，男性ではなく女性や両性に対して性的魅力を感じるものが少なくないことが知られている[4]。

性同一性障害患者において，望みの性別で社会生活を送れているかどうか，また他人から望みの性別の人間として認識してもらえているかどうかは様々である。自分は男性であると思っているのに，周囲からは女性として認識されてしまい，異性愛男性から性的対象とされることもあるだろう。また阿部[5]は，性同一性障害患者たちは，身体の性別に合わせて生きることができないかという"実験"を試みることも多いが，それは失敗に終わると指摘している。そのために，本人の性指向と異なった性的経験をすることも多いと思われる。また性同一性障害ではない者においても一般的に，性的魅力を感じる性別と，実際の性行動を行った相手の性別は一致しないことがあり，同性愛の定義や人口中に占める割合を論じる際に問題となることが指摘されている[6]。本研究の目的は，性同一性障害患者の性指向の傾向を調べ，また性行動歴の実態を明らかにし，その両者の齟齬について検討し考察することである。

方　法

対象者は，2008年4月から8月までの間にはりまメンタルクリニック（東京都千代田区）を受診した連続サンプルである。12年間の性同一性障害臨床経験を持つ精神科医（第2著者）により，DSM-IV-TRにおけるA基準（反対の性に対する強く持続的な同一感がある），B基準（自分の性に対する持続的な不快感，または，その性の役割についての不適切感がある），D基準（その障害は，臨床的に著しい苦痛または，社会的・職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている）を満たしたと判断された468名の診療記録を分析対象とした。C基準（その障害は，身体的に半陰陽を伴ったものではない）を確認するためには，性染色体検査や他科での性器の検査を行う必要があり，初診時では判断できないため，本研究の適格基準には含めていない。

はりまメンタルクリニックでは，診療目的のために，初診時に患者の性行動歴を聴取している。聴取項目は，性指向（性的魅力を感じる相手の性別：男性／女性／両性／なし／わからない），性行動歴（キス，愛撫，腟性交，肛門性交について，それぞれ，なし／男性と／女性と／両性と）である。初診時の診療記録に基づき，対象者の性指向，性行動歴，パートナーの有無，婚姻状態，子供の有無について集計し，分析した。

性別と，それぞれの評価項目との間で連関表を作成し，2変数間の独立性に関してカイ2乗検定を行った。統計解析にはSPSS10.0Jを用いた。

結　果

対象者の性別は，FTM294名（62.8％），MTF174名（37.2％）であった。年齢の平均値と標準偏差は28.3±8.9歳であり，性別毎に見るとFTMが25.6±6.8歳，MTFが32.9±10.0歳であった。年齢の範囲は，FTMが14歳から54歳，MTFが14歳から61歳であった。

性指向については，FTMで90％以上が女性に性的魅力を感じていた（表1）。また「わからない」と回答した者は0.7％にとどまった。一方，MTFでは男性に性的魅力を感じる者が最も多く44.8％であった。両性ともに性的魅力を感じる（23.0％），女性に対して性的魅力を感じる（15.5％）と続いた。さらに，

両性ともに性的魅力を感じない(9.2％)，また「わからない」とした者(7.5％)も，FTMと比較すれば少なくなかった(p<.001)。

婚姻状況については，FTMでは96.9％で結婚歴がないのに対して，MTFで結婚歴がない者は81.0％にとどまった(p<.001，表2)。MTFでは初診時の時点で結婚している者が10.3％，離婚した者が8.6％であった。子の有無については，FTMで子がいた者が1.4％であるのに対して，MTFで子がいた者は12.6％いた(p<.001)。

FTMの59.2％はパートナーがいるが，MTFでパートナーがいる者は35.6％だった(表3)。FTMのパートナーはほとんどが女性であったが，MTFでは，女性が18.4％，男性が16.1％であった(p<.001)。表3の「その他」は，性同一性障害やトランスジェンダーであるパートナーがいることを示す。

性行動歴については，キス，ペッティング，腟性交，肛門性交のそれぞれを，男女いずれと経験したことがあるかについて分析した(表4)。FTMでは，キスについて男性とのみ経験したものは少なく(2.0％)，女性とのみ(55.8％)，両性と(33.0％)が多かった。ペッティングについては，両性と経験のある者が若干減るが，同様の傾向が見られた。一方，MTFでは，キスについて分布が分かれ，両性と(37.4％)，女性とのみ(19.0％)，男性とのみ(25.3％)，経験は無い(18.4％)であった。ペッティングについても，すべて20％台でほぼ均等に分かれている。MTFとFTMを比較すると，キスやペッティングのような性的な経験が無い者の割合がFTMよりもMTFで多かった。

腟性交について，FTMでは初診時の段階で形成したペニスにより女性パートナーとの腟性交を行っている者はいなかったため，「両性と」「女性とのみ」はゼロであった。自

表1　性指向の分布

	無し	両性	女性	男性	わからない	合計
FTM 人(％)	7 (2.4)	13 (4.4)	267 (90.8)	5 (1.7)	2 (0.7)	294
MTF 人(％)	16 (9.2)	40 (23.0)	27 (15.5)	78 (44.8)	13 (7.5)	174

p<.001

表2　婚姻状況と子の有無の分布

	婚姻状況			子	
	未婚	既婚	離婚	無し	有り
FTM 人(％)	285 (96.9)	2 (0.7)	7 (2.4)	290 (98.6)	4 (1.4)
MTF 人(％)	141 (81.0)	18 (10.3)	15 (8.6)	152 (87.4)	22 (12.6)
			p<.001		p<.001

表3　パートナーの性別の分布

無し	男性	女性	その他	
FTM 人(％)	120 (40.8)	3 (1.0)	168 (57.1)	3 (1.0)
MTF 人(％)	112 (64.4)	28 (16.1)	32 (18.4)	2 (1.1)

p<.001

表4　性行動歴の分布

	人(%)	両性と	女性とのみ	男性とのみ	無し	
キス	FTM	97 (33.0)	164 (55.8)	6 (2.0)	27 (9.2)	***
	MTF	65 (37.4)	33 (19.0)	44 (25.3)	32 (18.4)	
ペッティング	FTM	69 (23.5)	181 (61.6)	4 (1.4)	40 (13.6)	***
	MTF	49 (28.2)	35 (20.1)	45 (25.9)	45 (25.9)	
腟性交	FTM	0 (0.0)	0 (0.0)	61 (20.7)	233 (79.3)	***
	MTF	2 (1.1)	70 (40.2)	2 (1.1)	100 (57.5)	
肛門性交	FTM	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	293 (99.7)	***
	MTF	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (32.8)	117 (67.2)	

***: p<.001

表5　MTF の性指向別に見た婚姻状況と子の有無

人(%)	婚姻状態			子	
性指向	未婚	既婚	離婚	無し	有り
無　し	14 (87.5)	0 (0.0)	2 (12.5)	15 (93.8)	1 (6.3)
両　性	32 (80.0)	6 (15.0)	2 (5.0)	34 (85.0)	6 (15.0)
女　性	18 (66.7)	6 (22.2)	3 (11.1)	21 (77.8)	6 (22.2)
男　性	67 (85.9)	4 (5.1)	7 (9.0)	71 (91.0)	7 (9.0)
わからない	10 (76.9)	2 (15.4)	1 (7.7)	11 (84.6)	2 (15.4)
			p=.220		p=.396

らの女性器を使って男性と腟性交をしたことがあるFTMは20.7%いた。MTFについては，初診時において形成した腟を使って男性パートナーと腟性交を行っていた者は2名のみであった。自らのペニスを使って，女性と腟性交をしたことがあるMTFは41.3%であった。

自らの肛門を使って男性と肛門性交をしたことがあるFTMは1名だけだったが，同じく自らの肛門による男性との肛門性交をしたことがあるMTFは32.8%であった。キス，ペッティング，腟性交，肛門性交のそれぞれについて，分布の独立性についてのカイ2乗検定はp<.001で有意であった。

FTMの性指向については9割以上が女性に性的魅力を感じていた。一方，MTFではいずれかに集中することなく，多様な性指向を持っていた。以下では，このMTFの性指向と，実際の性行動歴との関係を見るために，MTFのみに関して，性指向とその他の変数との間の連関について分析した。

MTFの婚姻状態については，女性に性的魅力を感じる者は，数字の上では女性との結婚歴がある者が多いが，統計的には有意ではなく，性指向によって婚姻状況に差があるとは言えない(表5)。同じく子の有無についても，男性に性的魅力を感じる者では子がいない割合が高いが，やはり統計的には有意ではなく，性指向によって子の有無に差があるとは言えない。

MTFのパートナーについては，全体的にいない者が多い(表6)。パートナーがいる者の中で見れば，男性に性的魅力を感じる者では男性パートナーがいる割合が多く(32.1%)，女性に性的魅力を感じる者では女性パートナーがいる割合が多く(51.9%)なっ

ている (p<.001)。表6の「その他」は，性同一性障害やトランスジェンダーであるパートナーがいることを示す。

MTFの性行動歴について見ると，キスとペッティングに関しては，男性に性的魅力を感じる者のうち，それぞれ35.9%，29.5%が，女性との性的接触を持った経験があった (表7)。同じく，女性に性的魅力を感じる者のうち，それぞれ37.0%，33.3%が，男性との性的接触を持っていた。膣性交については，自らのペニスと女性パートナーの膣を使った性交は，性指向が両性または女性の者ではそれぞれ65.0%，59.3%経験していた。一方，性指向が男性の者や，両性ともに性的魅力を感じない，また「わからない」と回答したものについても，それぞれ，24.4%，18.8%，46.2%の者で経験があった。自らの肛門を使った肛門性交については，性指向が男性の者で，他よりも割合が多く，半数以上が経験していた (57.7%)。

考　察

性比については，FTMが294名 (62.8%)，MTFが174名 (37.2%) であり，FTM対MTFは，1：0.59となった。いくつかの西欧諸国

表6　MTFの性指向別に見たパートナーの性別

性指向	無し	男性	女性	その他
無　し	15 (93.8)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
両　性	27 (67.5)	2 (5.0)	9 (22.5)	2 (5.0)
女　性	13 (48.1)	0 (0.0)	14 (51.9)	0 (0.0)
男　性	49 (62.8)	25 (32.1)	4 (5.1)	0 (0.0)
わからない	8 (61.5)	1 (7.7)	4 (30.8)	0 (0.0)

表7　MTF の性指向別に見た性行動歴

	性指向	両性と	女性とのみ	男性とのみ	無し	p
キス	無　し	1 (6.3)	3 (18.8)	0 (0.0)	12 (75.0)	.000
	両　性	25 (62.5)	7 (17.5)	3 (7.5)	5 (12.5)	
	女　性	9 (33.3)	15 (55.6)	1 (3.7)	2 (7.4)	
	男　性	25 (32.1)	3 (3.8)	40 (51.3)	10 (12.8)	
	わからない	5 (38.5)	5 (38.5)	0 (0.0)	3 (23.1)	
ペッティング	無　し	0 (0.0)	3 (18.8)	0 (0.0)	13 (81.3)	.000
	両　性	20 (50.0)	10 (25.0)	1 (2.5)	9 (22.5)	
	女　性	7 (25.9)	14 (51.9)	2 (7.4)	4 (14.8)	
	男　性	19 (24.4)	4 (5.1)	41 (52.6)	14 (17.9)	
	わからない	3 (23.1)	4 (30.8)	1 (7.7)	5 (38.5)	
膣性交	無　し	0 (0.0)	3 (18.8)	0 (0.0)	13 (81.3)	.004
	両　性	0 (0.0)	26 (65.0)	0 (0.0)	14 (35.0)	
	女　性	0 (0.0)	16 (59.3)	0 (0.0)	11 (40.7)	
	男　性	2 (2.6)	19 (24.4)	2 (2.6)	55 (70.5)	
	わからない	0 (0.0)	6 (46.2)	0 (0.0)	7 (53.8)	
肛門性交	無　し	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)	.000
	両　性	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (22.5)	31 (77.5)	
	女　性	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (11.1)	24 (88.9)	
	男　性	0 (0.0)	0 (0.0)	45 (57.7)	33 (42.3)	
	わからない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (100.0)	

人 (%)

では1：2.5～6.1と報告されており[7]，本研究における性比は逆転している。一方，日本での別の研究では1：0.66[4]と本研究に近い値を示しており，またポーランドにおいては1：0.29[8]，セルビアでは1：0.93[9]と報告されている。日本ではMTFよりもFTMが多いことについての理由としては，日本ではレズビアンの地位が確立しておらず，性同一性障害の方が社会的によく知られているため，自らをレズビアンとしてよりもFTMとして認識する者が多いこと，日本ではMTFのためのホルモン剤はインターネット等で用意に購入できるため，医療機関を受診しない傾向があること等が推測されるが，今後の研究が待たれる。

性指向については，FTMとMTFで違った傾向が見られた。FTMでは90.8％が女性に対して性的魅力を感じていた。他の性指向を持つ者は少なく，さらに「わからない」と回答した者は0.7％しかいなかった。FTMの性指向はかなりの程度，一様なものであり，しかも本人にはっきりと自覚できやすいものであることがわかる。一方MTFでは，男性に対して性的魅力を感じる（性同一性を基準として言えば異性愛となる）者は，44.8％であり，過半数に達していない。両性ともに性的魅力を感じる者（23.0％）や，女性に対して性的魅力を感じる者（15.5％）も多く，さらに両性ともに性的魅力を感じない者（9.2％）や，「わからない」と回答した者（7.5％）も決して少なくない。MTFの性指向は，FTMとは対照的に，非常に多様であり，しかも本人にとって若干はっきりとわかりにくいものであることがわかる。これは，西欧[2, 3]や日本[4]での研究と似た結果である。このように，FTMの性指向がほぼ一様であるのに対し，MTFの性指向が多様である理由については，次のようなことが推測される。まず，恋愛やセックスにおいて，女性は受け身であり，男性が能動的であるという社会規範や傾向があるため，その影響により性同一性障害である者たちにおいても，FTMでは欲求がはっきりしているが，MTFではそれが捉えにくいのかもしれない。さらに，MTFでは，女装することで性的興奮を得る服装倒錯的フェティシズム（Transvestic fetishism）や身体を女性化することで性的興奮を得る自己女性化性愛（Autogynephilia）[10] [11]から性同一性障害へと移行してきた，または並存している群を含んでいる。その場合には自らが女性化することが重要であって，性的魅力の対象としての他人はあまり重要ではない可能性もある。

婚姻状況，子の有無，パートナーの性別についての結果は，FTMでは未婚，子ども無し，女性パートナー有りが多く，比較的一様な特徴を示している。一方MTFでは，既婚・離婚の者も少なくなく，12.6％で子どもをもうけており，パートナーの性別も男女であまり偏りがなかった。またMTFでは，パートナーがいない者の割合が高かった（MTF：64.4％，FTM：40.8％）。ベルギーのSRS後のMTFでは54％がパートナーがいる[12]と報告されており，本研究では若干低めの割合である。ある程度，性指向の特徴の違いを反映して，FTMは一様であり，MTFは多様な結果になった。MTFについては，女性との結婚や子の有無について，性指向との有意な関連が見られなかった。

性行動歴：FTM

男性と性的接触の経験があるFTMは，キスについて35.0％，ペッティングについて24.9％，強い嫌悪の対象である自らの女性器を使った腟性交について20.7％であった。本研究のFTMの90.8％が女性のみに対して性的魅力を感じ，また男性または両性に対して性的魅力を感じるFTMは6.1％であったことから考えると，1～3割のFTMが不本意な性別の相手との性的接触を持ったと推定される。しかし現在，男性のパートナーがいるFTMはほとんどいないことを考えると，これは異性愛男性から女性と認識され性的対象とされることや，身体の性別に合わせて生きることができないかという“実験”を試みた結果[5]であると推測される。

女性とのキスを経験したFTMは88.8％，女性とのペッティングを経験したFTMは85.1％である。身体的には不利な条件にあるにもかかわらず，かなり多くのFTMが女性と性的接触を持った経験があると言える。

性行動歴：MTF

MTFの性行動歴は，MTFの性指向と同様に，多様なものであった。キスとペッティングについては，両性と，女性とのみ，男性とのみ，無しがそれぞれあまり偏りなく分布していた。FTMと対照的に，性的接触をまったく持ったことが無いという者も，キスで18.4％，ペッティングで25.9％おり，比較的多い割合であった。強い嫌悪の対象である自らの男性器を使った女性との腟性交を経験したことがあるMTFは40.2％もおり，これは，性指向が両性である者と女性である者とを足した割合（38.5％）を上回っている。また，自らの肛門を使った男性との肛門性交を経験したことがある者が多かった（32.8％）。

MTFの性行動歴を性指向別に見ると，性指向に沿った性行動経験を持っている者も多いが，性指向とは異なった性行動経験，つまり，男性に性的魅力を感じる者が女性と性的接触を持つ，また女性に性的魅力を感じる者が男性と性的接触を持つという経験をしている者がかなりいた。これは，FTMと同じく，男性と認識されて女性から性的対象とされることや，身体の性別に合わせて生きようとする“実験”の結果と考えることもできる。あるいは，ニューハーフによるサービスを行う風俗店が成立する程に，MTFに対して性的魅力を感じるトラニーチェイサーと呼ばれるような男性達から性的対象とされている可能性も考えられる。

自らの肛門を使った，男性との肛門性交を経験したことがある者では，男性に性的魅力を感じる者が多かった。女性に性的魅力を感じる者でも，男性とのキスやペッティングを経験した割合はかなり多かったが，肛門性交を経験する割合は低かった。

結　論

本研究では，性同一性障害患者の性指向と性行動歴の関係について検討した。性指向と性行動歴は，大まかに言ってFTMはほぼ一様であり，MTFは多様であった。FTMでもMTFでも性指向と異なる性的経験を多くの者が持っており，ストレスを受け，苦痛を感じたであろうと推測される。これは，身体の性別に基づいて性的対象とされたり，身体性別に合わせて生きようと試みる“実験”の結果であると考えられ，MTFの場合にはこの

試みは婚姻や子どもをもうけることまで含むことも少なくない。医療現場や周囲の人々には，性同一性障害当事者たちの性指向と性行動歴の多様性やその複雑さを理解した上での対応が望まれる。

引用文献

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision. 2000, Washington DC.: American Psychiatric Association.
2. Green, R., Birth order and ratio of brothers to sisters in transsexuals. Psychol Med, 2000. 30 (4): p. 789-95.
3. Smith, Y.L., et al., Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance. Psychiatry Res, 2005. 137 (3): p. 151-60.
4. Okabe, N., et al., Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. Psychiatry Res, 2008. 157 (1-3): p. 315-8.
5. 阿部輝夫　性同一性障害の周辺：性同一性障害関連疾患249例の解析と今後の問題点　山内俊雄(編)　改訂版:性同一性障害の基礎と臨床　2004　新興医学出版社. p. 90-107.
6. 石丸径一郎　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　2008　ミネルヴァ書房.
7. De Cuypere, G., et al., Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. Eur Psychiatry, 2007. 22(3): p. 137-41.
8. Dulko S and I. C., The epidemiology of transsexualism in poland. J Psychosom Res, 2004. 56: p. 637.
9. Vujovic, S., et al., Transsexualism in serbia: a twenty-year follow-up study. J Sex Med, 2009. 6(4): p. 1018-23.
10. Blanchard, R., The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. J Nerv Ment Dis, 1989. 177(10): p. 616-23.
11. Lawrence, A.A., Becoming what we love: autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. Perspect Biol Med, 2007. 50 (4): p. 506-20.
12. Weyers, S., et al., Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. J Sex Med, 2009. 6(3): p. 752-60.

付記：本研究は，日本学術振興会科学研究費補助金の助成を受けて行われた。

原　著

HIV感染症に対するカウンセリング体制の現状および課題に関する研究

―中核拠点病院診療医に対するアンケート調査結果を中心に―

大阪府立大学人間社会学部
山中　京子

抄　録

HIV医療における中核拠点病院のカウンセリング体制の現状把握，課題抽出，課題解決方策の検討のため，全国54ヶ所の中核拠点病院の医師にアンケート調査を実施し，さらに利用群（4ヶ所）および未利用群（2ヶ所）に対して聞き取り調査を実施した。3つの調査より，カウンセリング利用群では，「患者が求めない」など導入上の課題，「カウンセラーの支援効果が不明瞭」という効果評価上の課題，「カウンセラーと患者の日程調整がむずかしい」という制度上の課題，「面接室の確保がむずかしい」という環境上の課題が明らかになった。また未利用群では，「制度情報が得にくい」など制度立ち上げ上の課題と「患者が求めない」という導入上の課題が明らかとなった。課題解決方策として，利用群では導入判断の具体的情報の提供，「患者が求めない」理由の明確化，複数制度による相互補完体制の具体的方法の明確化などが，未利用群では行政による制度情報の確実な提供や具体的支援などが考察された。

キーワード

HIV感染症　カウンセリング　中核拠点病院

問題の背景

HIV感染者・AIDS患者（以下感染者・患者と略記する）に対する心理・社会的支援の重要性とその支援機能を担う専門家としてのカウンセラーの関与の必要性は，1990年代初頭日本でHIV医療が本格的に開始された時期から認識されてきた。

1997年以降多様な薬剤が開発され，それらを複数飲むことでウイルスの増殖を抑える多剤併用療法が導入されたことで，予後は飛躍的に伸び，その結果HIV感染症は致死的疾患から慢性疾患へと疾患の特徴を大きく変化させた。しかし，現在では，病気の進行を心配しながら，個人生活や社会生活と服薬治療や受診という療養生活を長期間に渡って両立させていくという新たな課題が明確化している。欧米または日本の複数の研究が，感染者・患者における抑うつの発生率

が一般群と比べて高いことを報告しており[1],[2]，また，ストレスへの一つの対処方法とも考えられる物質（たとえばアルコールや薬物など）への依存に関連する問題も感染者・患者の持つあらたな心理・社会的課題として注目されている。

具体的なカウンセリング体制を概観すると，国がHIV医療の診療拠点として全国8ヶ所で選定したブロック拠点病院では，2006年までにすべての病院で，1名以上のカウンセラー配置が実現し，2009年3月現在では1ヶ所の病院を除き，2名から7名の複数カウンセラーが配置される状況となっている[3]。

ブロック拠点病院では，医師，一般看護師の他，カウンセラー，ソーシャルワーカー，薬剤師，コーディネーターナースなどの支援を含む包括的医療体制が近年着実に整備されてきた。しかし，その結果，新たな問題が浮上してきている。現在も増加し続けている感染者・患者がその包括的医療の質の高さからブロック拠点病院を診療病院として選ぶ傾向が強まり，ブロック拠点病院への患者集中が進行し，このまま推移すればようやく整備された包括的医療の質的低下を招くのではないかと懸念されている。そのため，国と地方自治体によりブロック拠点病院に次ぐ診療拠点として新たな患者を受け入れる役割を担って中核拠点病院が制定された。中核拠点病院は診療経験などにより選定されたが，全般的に見てその心理社会的支援機能においてはブロック拠点病院に比べ，いまだ未整備と言わざるを得ない。すでに整備されたブロック拠点病院の包括的医療を維持しつつ，新たにHIV感染症と診断され，質の高い医療を求める感染者・患者のニーズに応えるためには，中核拠点病院における包括的医療体制の整備とその質的向上が重要課題である。本研究は，この中核拠点病院の専門的カウンセラーによるカウンセリング機能に焦点づけ，その質的な向上を最終目的として実施された。

目　的

本研究の最終目的は，中核拠点病院におけるカウンセリングの質を向上させることである。しかし，中核拠点病院は新たに定められたため，院内における診療状況，心理社会的支援全体の現状あるいはカウンセリング体制に関する現状はいまだほとんど把握されていない。そこで，カウンセリングの質の向上に資するため，その第一歩として，中核拠点病院におけるカウンセリング体制の基本的な現状を把握し，加えてカウンセリングに関する中核拠点病院の診療医の意識と経験を調査し，今後のカウンセリング体制構築に関する課題の明確化とその課題解決方策の検討を行う目的で本研究を実施した。

方法・対象

(1)　HIV診療医に対するアンケート調査

カウンセリングの実施体制，実施上の課題，医師のカウンセリング導入に対する経験，意識，評価などについて問うアンケート調査票（無記名自記式）を研究グループにおいて作成し，全国54ヶ所の中核拠点病院でHIV診療を担当する医師（各病院の診療責任者1名：「拠点病院診療案内2007-2008年度版」から氏名を抽出した）に対して，郵送にて配布・回収した。調査期間は，平成20年12月15日～1月31日であった。アンケート票の各質問項

目について，単純集計およびクロス集計を行った。

(2) カウンセリング利用群に対する聞き取り調査

HIV診療においてすでにカウンセリングを包括的医療の一環として導入している近畿圏の4中核拠点病院の医師，看護師，カウンセラーに対し，カウンセリング体制の現状とその課題，またその課題解決の方策への意識などについて尋ねる聞き取り調査を実施した。

(3) カウンセリング未利用群に対する聞き取り調査

派遣カウンセリング制度(以下派遣制度と略記する)(注1)が実施されていない県にあり，また中核拠点病院へのカウンセラー駐在制度(以下中核制度と略記する)(注2)も導入されていない関東甲信越ブロックの2病院の医師あるいは看護師に対して聞き取り調査を行った。

結　果

(1) 診療医に対するアンケート調査

① 回収率

アンケートの回収に関しては，期間(平成20年12月15日～平成21年1月31日)内に，督促状を一回送付し，54通配布中38通を回収した。最終的な回収率は70.3%であった。

② 回答者の基本属性

回答者の平均年齢は48.9歳であり，医師としての経験年数の平均も23.5年と長かった。これは，アンケートの対象者を各病院における診療責任者としたためと思われる。また，HIV診療における経験年数も平均12.4年と比較的長かった。HIV感染者・AIDS患者の診療経験数では，50人未満が47.0%と最も多く，次いで，50-99人および100-149人が各々18.0%であったが，200人以上も16.0%に及んだ。このことより，回答した中核拠点病院の間では，感染者・患者の診療経験数によって，大規模患者数病院，中規模患者数病院，小規模患者数病院という特徴があり，小規模患者数病院が全体の半数を占めていることがわかった。

③ カウンセリングの利用経験(図1)

回答者が勤務する中核拠点病院で診療にカウンセラーを利用しているかどうか尋ねたところ，79.0%の病院がすでに何らかの体制でカウンセリングを診療に利用していた。以降，カウンセリング利用群への質問に関する結果を述べる。

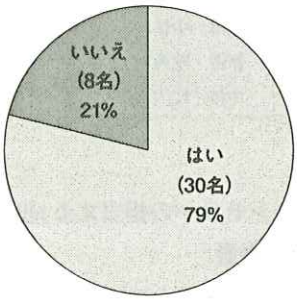


図1　カウンセリングの利用経験(N=38)

④ 利用しているカウンセラーの種類(図2)

利用しているカウンセラーの種類(複数回答)では，派遣制度による派遣カウンセラーが19ヶ所と最も多く，次いで中核制度による中核カウンセラーが13ヶ所であった。また，院内のHIVのみを専門としていない一

般カウンセラーを利用している病院も10ヶ所に及んでいた。なお，全国でこの中核制度をすでに利用している中核拠点病院は20ヶ所（平成21年1月現在・エイズ予防財団調べ）であり，中核拠点病院全体の37.0％にあたる。

利用群30ヶ所中12ヶ所では複数のタイプのカウンセラーを同時に利用していた。派遣，中核，院内の3種類のカウンセラーを同時に利用している病院が1ヶ所あった。また，派遣と中核を利用している病院が6ヶ所，派遣と院内を利用している病院が4ヶ所あった。

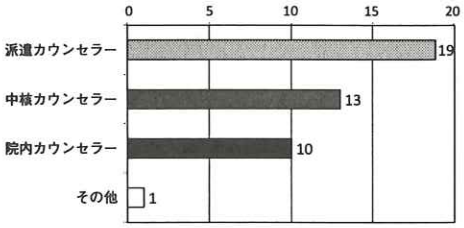


図2　利用しているカウンセラーの種類（N=30）
※複数回答

複数利用群	（12ヶ所）
派遣・中核・院内	1
派遣・中核	6
派遣・院内	4
中核・院内	1

⑤　各カウンセラーの担当するHIV感染者・AIDS患者数

現在までにカウンセラーが担当した患者数を各カウンセラー別に尋ねたところ，派遣カウンセラーが最も多く平均51.4人（最大値370人，最小値1人）であり，次いで院内カウンセラーが平均25.5人（最大値133人，最小値1人）であった。

中核カウンセラーの利用患者数は，平均10.6人（最大値50人，最小値1名）であった。中核カウンセラー利用の患者数が少ない要因として，制度の創設が2007年度からであり，実際にカウンセラーが院内に配置されてからまだ間もない病院が多い可能性が考えられた。また，各カウンセラーで，10人未満の利用患者数となっている病院の割合（派遣カウンセラー：47.0％，中核カウンセラー：54.0％，院内カウンセラー：60.0％）が最も多い一方で，派遣カウンセラー（16.0％）および院内カウンセラー（10.0％）においては，100人以上の利用患者数となっている病院も一定数に及んでいた。

⑥　各カウンセラー利用上の課題（図3）

利用群に各カウンセラーを利用する上で課題となっていることを尋ねた。その結果，派遣カウンセラーと中核カウンセラーの課題は比較的類似した傾向があり，両カウンセラーともに最も多くの回答者が課題としてあげた点は，「患者とカウンセラーの日程調整が難しい」であった。

派遣カウンセラー利用群（N=19）のうち12名（63.0％）が，中核カウンセラー利用群（N=13）のうち8名（61.0％）がこの点を課題としてあげていた。次いで多かった点は，派遣カウンセラー利用群では「面接室の確保が難しい」6名（35.0％）であったが，中核カウンセラー利用群においても4名（30.0％）がこの点を課題としてあげていた。また，中核カウンセラー利用群では「スタッフとの情報共有の時間がとりにくい」を課題としてあげた者が5名（38.0％）に及んでいた。一方，院内カウンセラーでは，上記の諸点は課題として認識されていなかったが，院内にもかかわらず，「派遣の手続きがむずかしい」という点

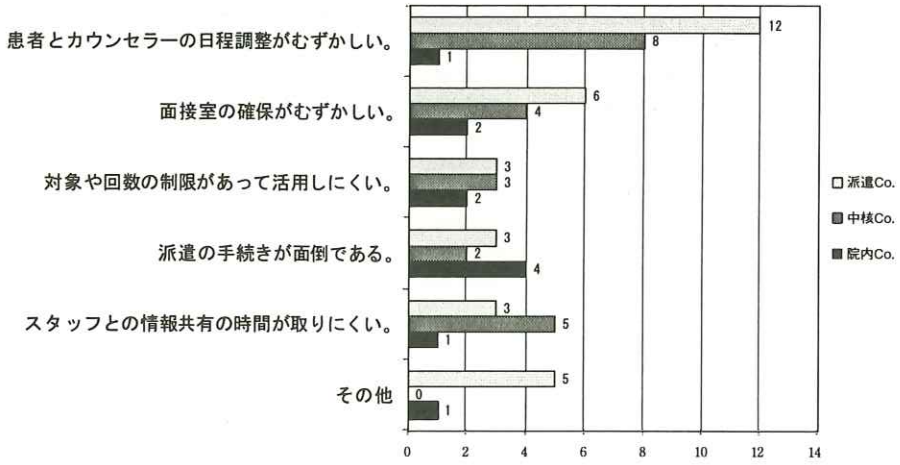


図3　各カウンセラー利用上の課題 (N=30)　　※複数回答

が課題としてあげられた。院内カウンセラーの所属がHIV感染症の診療科でないことがほとんどであり，他科所属のカウンセラーを診療科に「派遣」(正確には，院内での派遣)するための手続きが煩雑であることを示していると思われる。

⑦　利用の効果認知の有無 (図4)

利用群の全回答者 (N=30) に対して，カウンセラーの種類は問わず，カウンセリングは「役に立ったか」と尋ねたところ，90.0％が「役に立った」と答え，「役に立たなかった」と答えた回答者はいなかった。しかし，「わからない」と答えた回答者が10.0％いた。

⑧　利用の効果認知の内容 (図5)

利用群の全回答者 (N=30) に対して「役に立った」事柄について尋ねた (複数回答)。最も効果を認知した事柄は「患者の気持ちが安定した。」であり，22名 (73.0％) の回答者がこの事柄を効果として認知していた。また，「院内スタッフにとって患者の心理社会的状態への理解が深まった。」がそれに続き，16名 (53.0％) がこの効果を認知していた。さらに，「患者の人間関係上の課題が整理されたり，一定の解決に至った。」が15名 (50.0％) であった。「生活上の具体的問題が解決した。」(9名)「受診，服薬アドヒアランスが安定した。」(9名) といった事柄への効果認知は共に30％程度であった。

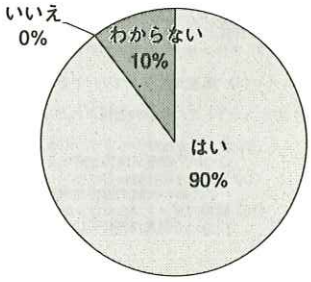


図4　利用の効果認知の有無 (N=30)

このことより，利用群では，カウンセラー利用の効果として，患者に対する支援効果 (気持ちの安定や人間関係上の問題の一定の解決) とスタッフに対する支援効果 (患者理解の促進) の両方が認知されていると考えられた。

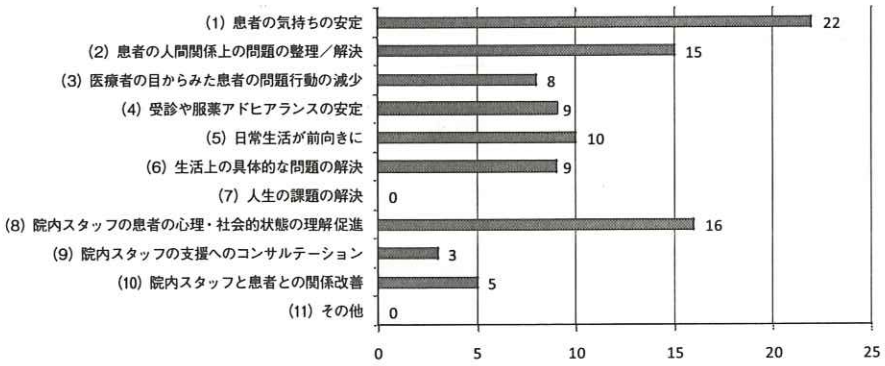


図5　利用の効果認知の内容 (N=30)　　※複数回答

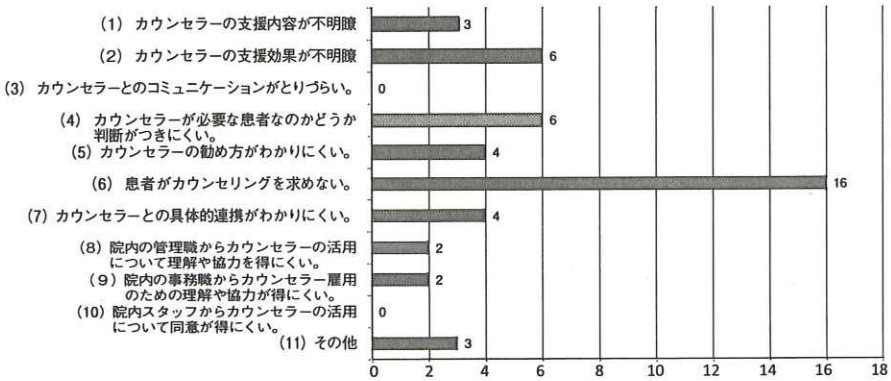


図6　利用上の課題 (N=30)

⑨　利用上の課題 (図6)

利用群に対して，カウンセリングを利用する上で課題となっていることを尋ねた (複数回答)。最も多くの回答者が課題としてあげた点は，「患者がカウンセラーを求めない」であり，16名 (53.0％) がこの点をあげた。次いで多かった項目は「カウンセラーの支援効果が不明瞭」「カウンセラーが必要な患者かどうか判断がつきにくい」であり，各々6名 (20.0％) がこの点を課題としてあげた。その一方で，「カウンセラーの支援内容が不明瞭」，「カウンセラーの勧め方が分からない」，「カウンセラーとの具体的連携がわからない」といった点をあげた者は，各々の項目で10％程度にとどまった。また，「院内の管理職からカウンセラーの利用について理解や協力が得られない」，「院内の事務職からカウンセラー雇用のための理解や協力が得にくい」を課題としてあげた者も，各々の項目で7％程度にとどまった。利用群においては，カウンセラーとの連携や協働に関して，またカウンセラー利用のための院内バックアップ体制に関しては，それほど強く課題を感じていない結果となった。利用群に対する質問の結果は以上である。以下カウンセリング未利用群

に関する結果を述べる。

⑩ 未利用群における未利用の理由（図7）

未利用群（N=8）に対して，カウンセリングを利用していない理由を尋ねた。最も多かった項目の一つは，「患者がカウンセリングを求めない」であり，3名がこの点を理由としてあげた。また，「カウンセリング制度に関して具体的な情報がない」，「カウンセリング制度の手続きが煩雑だ」，「カウンセラーの適当な人材が見つからない」という点を理由とした者は各々の項目で，3名であった。次いで，「カウンセラーの支援内容が不明瞭」，「カウンセラーの支援効果が不明瞭」という点を理由とした者が，各々の項目で2名であった。未利用群に対する質問は以上である。再び以下に全回答者へ質問の結果を示す。

⑪ カウンセラーの支援が必要だと思うテーマ（図8）

全回答者に対して，カウンセラーの支援が必要だと思う心理社会的なテーマについて尋ねた。「経済的な悩み」10名（26.0％）を除くすべてのテーマについて，全回答者の5割以上が必要を認識していたが，特にその中でも，最も多くの回答者が必要を感じていたテーマは，「告知直後の動揺・ショック」31名（82.0％），「パートナー・配偶者への病名告知」31名（82％），「家族への病名告知」31名（82.0％），「家族との関係」31名（82.0％），「孤独感・孤立感」31名（82.0％），であり，「パートナーとの関係」30名（80.0％），「今後の人生への不安・不確実感」27名（71.0％）と続いた。

HIV医療の進展により，HIV感染症は致死的疾患から慢性疾患へと疾患の特徴を大き

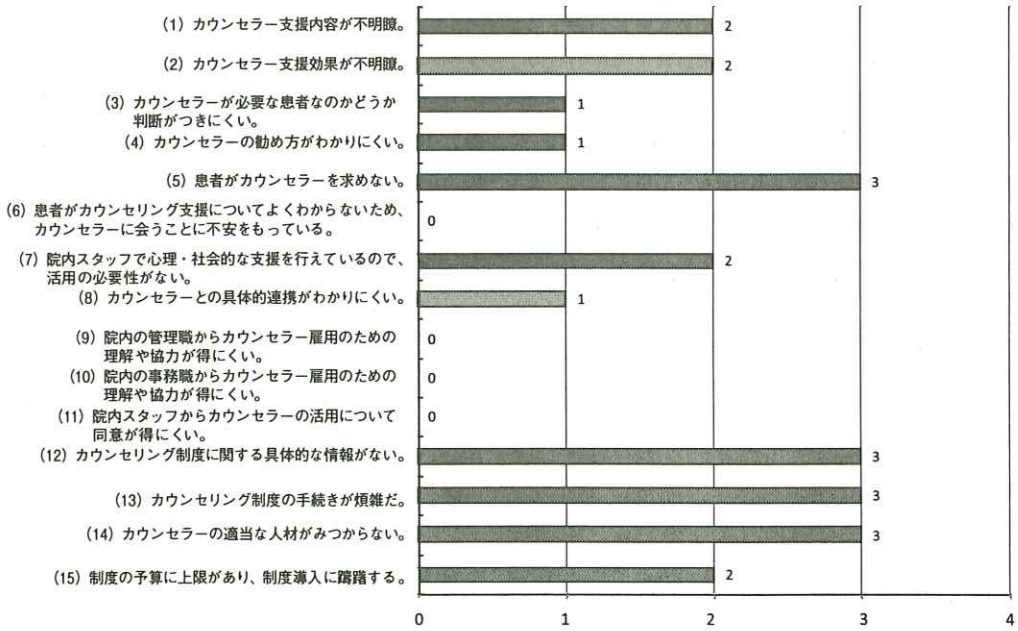


図7　未利用群における未利用の理由（N=8）　※複数回答

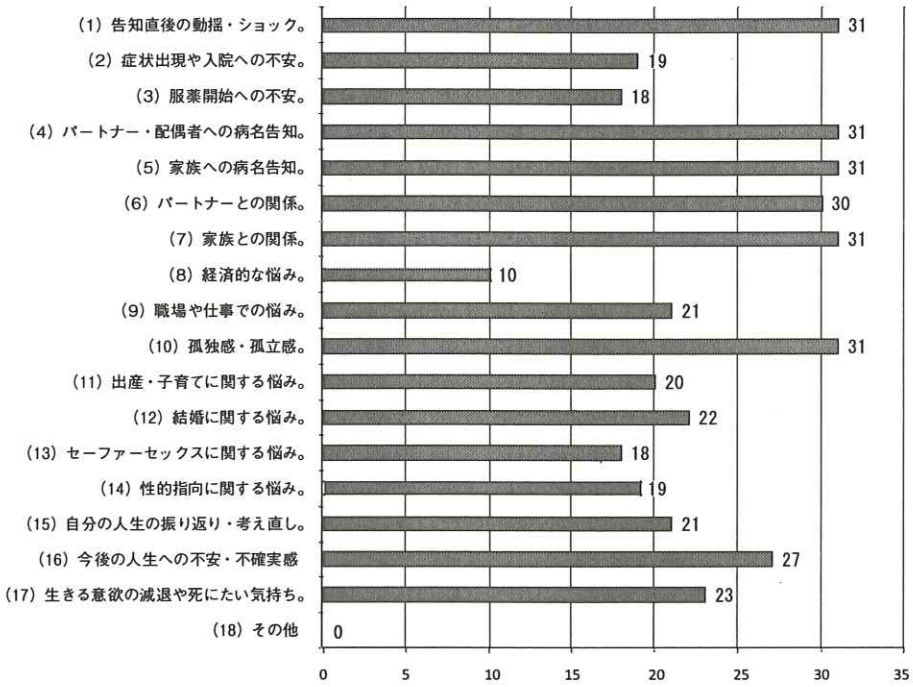


図8　カウンセラーの支援が必要だと思うテーマ (N=38)　　※複数回答

く変化させた。しかし，一般的には社会的な差別・偏見が解決されているとは言い難く，いまだ病名の告知に伴う患者の動揺やショックの強さが存在するとの認識が医師の中にあり，その動揺やショックへの支援としてカウンセリングの必要性が認識されているものと思われる。また，「パートナー・配偶者への病名告知」，「家族への病名告知」，「家族との関係」，「パートナーとの関係」といったテーマにおいて，多くの回答者が必要であると答えており，患者の人間関係上のテーマ全般に関してカウンセリングの必要性を認識していると考えられた。さらに，「孤独感・孤立感」や「今後の人生への不安・不確実感」も多くの回答者が必要と答えていたテーマである。上述したように，HIV感染症は慢性疾患の特徴を強めているが，長期間治療を続けながら生活する・生き続けること，それも周囲の人に病気のことを伝えず生活することを選ぶ人もおり，そのような状況で生じる慢性疾患を抱えながら生きる際の悩みに対して，回答者はカウンセリングの必要性を認識していることがうかがえた。

(2) カウンセリング利用群に対する聞き取り調査

聞き取り調査の特色に照らし，聞き取った質的データに関して，特に利用の具体的実態，利用上の課題，課題への対処方法に焦点づけて結果を報告する。

■ 中核カウンセラーの予算に上限があるため，現在のところ活動日は週一回である。カウンセラーが対応可能な曜日が限られ

るために，患者のカウンセリング希望日との調整が難しい。しかし，中核カウンセラーとの日程調整ができない場合には，派遣カウンセラーを利用し，中核カウンセラーの活動の補完をしている。

- 中核カウンセラー制度に関する情報が地方自治体から病院に提供されず，制度の存在を知らなかった。
- 派遣カウンセラーのみの利用であるが，ほぼ毎日カウンセラーが派遣されている。しかし，院内にカウンセリング専用の面接室はなく，一般の面接室や会議室を利用しており，複数のカウンセラーが面接する場合には，面接室の確保が非常に困難である。
- 病院が位置する地方自治体には派遣制度がないため，中核制度が創設されると同時に制度利用の申請を行い，中核カウンセラーを駐在させた。それを機に院内カウンセラーにも働きかけたところ，新たに積極的にHIV診療に関与してもらえる体制となり，中核カウンセラーと院内カウンセラーが協働して支援に当たっている。
- 派遣制度はかなり以前からあり，この度中核拠点病院に選定された病院に対して以前より安定して派遣カウンセリングを提供していたが，中核拠点病院に選定され，中核制度の利用が可能となったため，院内で複数のカウンセラーでの対応がさらに安定的に行えるようになった。

(3) カウンセリング未利用群に対する聞き取り調査

聞き取り調査の特色に照らし，聞き取った質的データに関して，特にカウンセリング制度導入上の課題に焦点づけて，結果を報告する。

- 中核制度の情報が地方自治体から提供されず，制度の創設を知るまでに時間がかかった。
- 中核制度の導入に関して，院内の事務職から理解と協力が得にくい。診療しているHIV患者数が少ない場合，その人数に対して特別の制度を導入して専門職を雇用することが，事務職に理解されにくい。
- 中核制度を導入しようと考え，雇用できる心理の専門職を探したが，スクールカウンセラーなどの業務ですでに多忙であり，雇用できる対象者を探すことができなかった。
- 派遣制度については，自治体の限られたエイズ対策予算の中で，現在HIV抗体検査の促進が最重要課題となっているため，派遣制度は予算上の措置がしにくくなっている。

考　察

(1) カウンセリング利用の現状

「HIV診療医に対するアンケート調査」では，全国の中核拠点病院の54ヶ所中，約70％にあたる38ヶ所から回答を得た。その38ヶ所中30ヶ所ではすでに実際にカウンセリングを利用していた。この結果より，全国54ヶ所中の30ヶ所，つまり，中核拠点病院全体の55.6％ではカウンセリングが利用されていることが確認された。

中核拠点病院におけるカウンセリングでは，派遣カウンセラー，中核カウンセラー，院内カウンセラーの3種類のカウンセラーが関与していることがわかった。派遣カウンセ

ラーは，一般的にカウンセラーが病院には駐在せず，依頼があればその日に派遣されるというシステムであるが，利用群への聞き取り調査の結果ではほぼ毎日派遣されており，実態は駐在に近い活動になっているところもあった。その一方で，中核カウンセラーは，原則中核拠点病院のみに駐在し，院内の支援に当たるという制度であるが，実際には，予算枠や雇用されているカウンセラーの事情（他の仕事との兼務）などにより，院内での活動日は実質的に限られており，駐在の機能を十分に果たし得ていない可能性も示唆された。アンケート調査でも各カウンセラー別の利用上の課題で，派遣カウンセラーと並んで中核カウンセラーにおいても「患者とカウンセラーの日程調整がむずかしい」という項目が一番の課題として挙げられており，上記の可能性を裏付ける結果となっている。今後は，この二つの制度によるカウンセラーと，さらに院内カウンセラーを含め，各々の機能の特徴を現実的に吟味し，いかに三者が連携・協働するかその具体的方法を提示していくことが，中核拠点病院のカウンセリングの質を高めることに資すると考える。

(2) 利用群における課題とその課題解決の方策

カウンセリング利用群に関して利用上認識されている課題を分析し，今後の利用をさらに充実させるためにその課題を解決する方策についていくつかの提案を行う。

① 導入上の課題

医療者が，この患者にはカウンセリングが必要ではないかと判断し，カウンセリングの利用を提案しても，実際には「患者がカウンセリングを求めない」ということがあり，アンケート調査では，最も多くの医師がこの課題を指摘した。また，「カウンセラーが必要な患者かどうか判断がつきにくい」が次いで多い課題となっていた。これらは導入にあたっての患者あるいは医療者の持っている課題であるため，導入上の課題として分類した。

「患者がカウンセリングを求めない」理由として，いくつかが推察される。まず，患者の側の要因である。患者は医療者が何らかの支援が必要だと認識した心理社会的な課題を持っているが，カウンセリングという支援関係の見えにくさ・分かりづらさからその利用に不安を感じて躊躇している場合である。

また，自分の個人的な問題を周囲の親しい人には相談しても専門家に相談するという問題への対処方法を今までしてこなかったため新たな対処方法に抵抗感がある場合もあるだろう。さらに，カウンセラーは精神科と関連した専門職であるとの認識があり，精神的な疾患への忌避感からカウンセリングを受け入れ難く捉えているなどが考えられる。

また，医療者側の要因も考えられる。医療者自身が「カウンセラーが必要な患者かどうか判断がつきにくい」と指摘しているように，医療者はカウンセリング・ニーズがあると判断しているが，患者側ではそれほどニーズが高くなく，ニーズの判断にミスマッチが生じている場合である。上述したように，カウンセリングという支援関係の見えにくさ・分かりづらさから来る不安や精神科との関連の深い専門職であるとの認識から生じる抵抗感は確かに一般的に存在しており，カウンセリングの導入に際して，患者が持つこれらの

不安感や抵抗感を医療者が適切に低減あるいは払拭できていないことなどが考えられる。

患者側が求めない要因については，今後HIV感染者当事者に対する何らかの直接的な調査を行い，その要因の詳細な解明を行う必要がまずあるだろう。求めていない支援を提供することは支援の押し付けにしか過ぎず，支援はあくまで当事者のニーズに基づいて提供されるべきものである。その点を基本的には踏まえ，上記のようなニーズはあるが，いろいろな不安感，抵抗感，忌避感からその利用に至っていない場合には，その要因を解決し，求められた利用を実現する方法を検討することが肝要である。

カウンセリングがHIV感染症の包括的医療にとって重要であるとの認識はHIV医療が日本で開始された当初から現在に至るまで広く認識されているが，その導入の判断について，いままで十分な情報が医療者に提供されてきたとは言い切れない。また，カウンセリングに関するパンフレットが配布され，HPも開設されているが，より詳細な判断に関する情報が求められているのかもしれない。よって，今後は導入時の判断に関する上記のような情報の内容やその具体的方法を明確化し，さらに積極的にそれらを提示していく必要がある。

また，カウンセリングの導入に際して患者が持つ不安感や抵抗感を医療者が低減あるいは払拭するための具体的な方法や工夫を明確化することが求められている。すでにカウンセリングを多く利用している経験豊富な医療者の経験から，それらの方法や工夫を抽出することが可能と考える。今度の研究課題であろう。

② 効果評価上の課題

利用群は，「カウンセラーの利用効果が不明瞭」を課題の一つとしてあげている。利用群は，カウンセリングの全般的な効果に関して，90.0％が「役に立った」と回答しており，全般的な効果に疑問を持っているわけではない。しかし，一部では，利用はしたものの効果の不明瞭さを経験していると思われる。カウンセリングの効果は，行動や態度への変化にまで至る前に本人の主観，感情，意識のレベルで変化が起こる場合もあり，その場合には本人以外の他者から変化や効果が見えにくい可能性もある。このような場合には，カウンセラーから医療者に対して分かりやすい効果の説明が必要となろう。カウンセラー側の力量として，他の専門職への説明能力を高める必要がある。

カウンセリングの効果評価を実証的研究で明らかにする事は，その効果の明瞭化に大きく貢献する。エビデンスによってその効果を示すには，カウンセリングを利用した当事者の主観的な効果意識の分析と何らかの客観的指標による効果の測定が必要であると考えられる。効果評価上の課題を解決するためには，これらの調査研究に着手することが望まれる。

③ 制度上，人材確保上の課題

利用群では，派遣カウンセラーと中核カウンセラーについて，「患者とカウンセラーとの日程調整がむずかしい」が課題としてあげられている。両カウンセラーともに予算に限りがあり，活動日のさらなる確保が困難な場合，複数のカウンセラーによって診療日を相互に補完し合う体制が現実的ではないだろ

うか。前述したように，複数のカウンセラーの連携・協働体制のあり方を明らかにすることが求められている。

アンケート調査の結果から，中核拠点病院間で，感染者・患者の診療経験数によって，大規模患者数病院，中規模患者数病院，小規模患者数病院という特徴があり，小規模患者数病院が全体の半数を占めていることが判明している。中核拠点病院を対象とする中核制度は1ヶ所の病院の院内にカウンセラーという人的資源の駐在を国の予算によって可能にした画期的な制度であり，さらに多くの中核拠点病院がこの制度を利用することで中核拠点病院におけるカウンセリング実施の基礎を固めることが第一に望まれる。しかし一方で，すでにこの制度を利用している群では，カウンセラー駐在日が限られているため，実質的にはカウンセリングが利用しにくくなっている，または，同一の曜日にカウンセリングを希望する患者が多く，少ないカウンセラーの配置（多くの場合で1病院に1名配置）では，希望者のすべてに対応できないといった状況が大規模患者数病院や中規模患者数病院で起こりつつある。中核制度の予算配分に診療患者数によって一定の配慮をすることも一つの方法として考えられるだろう。

「日程調整の難しさ」のカウンセラー側の要因として，カウンセラーがHIV医療以外にも複数の領域での活動を同時に行っており，病院での活動日が限られ，その曜日がHIV診療日と合わないといった場合もありえるだろう。活動日の限られるすでに多忙なカウンセラーの雇用を考えるだけではなく，新たにこの領域に参入するカウンセラーの人材育成をさらに積極的に行い，人材の裾野を広げることも長期的な観点では必要である。

④ 環境上の課題

派遣カウンセラーと中核カウンセラーでは特に「面接室の確保がむずかしい」が課題としてあげられている。面接室という院内のハードウエアの整備は，HIV医療のみの問題ではなく，短期間の課題解決は難しい。ただし，すでにある施設の面接室への転用に関しては，院内の理解が得られる可能性もあり，そうなると院内管理システムに対して，HIV医療におけるカウンセリングの患者ニーズや効果などについて理解を得る必要がある。アンケート調査の結果では，「院内の管理職からカウンセラーの利用について理解や協力が得られない」，「院内の事務職からカウンセラー雇用のための理解や協力が得にくい」を課題としてあげた者は各々の項目で7%程度にとどまり，概ね院内での理解を得ているものと推察される。しかし，カウンセリング実施の物理的環境のさらなる整備のためには，より丁寧で説得的な説明が必要とされている。

(3) 未利用群における課題とその課題解決の方策

カウンセリング未利用群において利用を阻害している課題を検討し，今後の利用を促進するための課題解決方策についていくつかの提案を行う。

① 制度立ち上げおよび初期利用上の課題

アンケート調査および未利用群に対する聞き取り調査において共に「カウンセリング

制度の情報がない，得にくい」という点が指摘されている。中核制度の情報は，個々の病院ではなく，その病院が位置する都道府県のエイズ担当部署に対して提供されており（エイズ予防財団調べ），制度創設やその申請方法や申請内容について行政の担当部署に情報が届いていても，個々の病院にまで情報が確実に届いていなかった可能性が示唆される。行政から中核拠点病院へのスムーズな情報提供を今後さらに推進する必要があろう。そのためには再度行政に対してこの制度の特色（予算的には行政や病院の負担分がないなど）を説明することが重要ではないだろうか。

派遣制度の利用上の課題とその利用の促進方法は，いままで厚生労働科研エイズ対策研究事業「HIV医療体制の整備に関する研究」班において継続的に研究[(4),(5)]が進められてきた。その具体的成果として，パンフレットやHPが作成され，医療者に派遣カウンセリング制度の情報を提供してきた。しかし，研究班による情報提供には限界がある。各制度を実際に運用している行政の担当部署からの制度に関する具体的情報はさらに利用を現実化させるために有用であると考える。この制度の情報を行政が中核拠点病院に対して，再度重点的に提供することを提案したい。

また，「制度の手続きが煩雑である」という点も指摘されている。医師が忙しい外来診療の中で，新たな制度の申し込み書類の準備や派遣の書類の作成を行うことは，カウンセリングの有用性を認識していたとしても，実際にはその手続きを敬遠したくなる心境は理解できる。中核制度の申請過程の簡略化や派遣制度の派遣手続きの簡略化が制度の窓口や行政において考慮されることを期待したい。

② 導入上の課題

利用群における課題として指摘された「導入上の課題」は，未利用群でも同じように指摘されている。その課題の解決方策は，両者に共通するものと考えるため，ここでは繰り返さない。利用群における記述を参照されたい。

新たにHIV医療の診療拠点として選定された中核拠点病院におけるカウンセリングの質的な向上に資するため，中核拠点病院におけるカウンセリング体制の現状の把握，今後のカウンセリング体制構築に関する課題の明確化，その課題解決方策の検討および提案を行った。導入上の課題および効果評価上の課題への課題解決方策として明らかとなった新たな研究課題に今後も継続的に取り組みたいと考える。

（本研究は，平成20年度厚生労働科研エイズ対策研究事業「中核拠点病院におけるカウンセリングの質を向上させる研究」班における研究活動の一環として実施された。）

注1 国が1997年に創設したHIV感染者専門の派遣カウンセリング制度。この制度では，院内にカウンセラーがいないあるいはいてもHIV診療に何らかの理由で関与できない医療機関に対して，自治体がカウンセラーを雇用し，院内に派遣する。カウンセラー雇用の予算は，国と地方自治体が折半して負担している。

注2 国が2008年に創設した中核拠点病院に

対してカウンセラーを駐在させる制度。この制度は，国の予算により中核拠点病院内がカウンセラーを雇用し，院内に駐在させる。カウンセラー雇用の予算は，全額国が負担している。

引用文献

(1) 越智直哉，小川朝生ほか「抗HIV療法に伴う心理的負担，および精神医学的介入の必要性に関する研究」，『厚生労働科研エイズ対策研究事業　多剤併用療法服薬の精神的，身体的負担軽減のための研究班　平成17年度研究報告書』，31-47，2006

(2) 廣常秀人，仲倉高広ほか「抗HIV療法に伴う心理的負担，および精神医学的介入の必要性に関する研究」，『厚生労働科研エイズ対策研究事業　服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究班　平成18年度報告書』，51-53，2007

(3) 山中京子，仲倉高広ほか，「全国の複合的カウンセリング体制の現状把握と課題の検討」，『厚生労働科研エイズ対策研究事業　HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班　平成20年度カウンセリング体制に関する報告書』，2009

(4) 神谷昌枝，石川雅子ほか「派遣カウンセリグの利用促進と関する研究1」，『厚生労働科研エイズ対策研究事業　HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班　平成17年度報告書』，2006

(5) 山中京子ほか「HIV医療包括ケア体制の整備（カウンセラーの立場から）」，『厚生労働科研エイズ対策研究事業　HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班　平成18年度総括・分担研究報告書』，2007

原　著

わが国における性別違和と異性帰属の得点分布

—双生児データによる性同一性障害傾向の有症割合—

Distributions of scores on gender dysphoria and cross-gender identification in Japan
—Prevalence of tendency toward Gender Identity Disorder based on twin data—

佐々木掌子[1]，野中　浩一[2]，尾崎　幸謙[3,4]，高橋　雄介[3,4,5]
敷島　千鶴[1]，山形　伸二[3,4]，安藤　寿康[1]

慶應義塾大学文学部[1]
和光大学現代人間学部[2]
慶應義塾大学大学院社会学研究科[3]
日本学術振興会[4]
イリノイ大学心理学部[5]

Shoko Sasaki[1], Koichi Nonaka[2], Koken Ozaki[3,4], Yusuke Takahashi[3,4,5]
Chizuru Shikisima[1], Shinji Yamagata[3,4], Juko Ando[1]

Faculty of Letters, Keio University[1]
Faculty of Human Sciences, Wako University[2]
Graduate School of Human Relations, Keio University[3]
The Japan Society for the Promotion of Science[4]
Department of Psychology, University of Illinois[5]

抄　録

これまでの有症割合の算出には，医療・法的機関の把握する実数値から推定する方法と，一般母集団を対象に行動尺度で有症割合を推定する方法がとられてきた。前者は，性別適合手術を志願し医療・法的機関に出向く人のみを対象とするため，有症割合の過小評価につながっているという批判があり，後者は，尺度・標本規模・親子評定間の差・対象年齢といった問題点があった。そこで本研究ではこれまでの行動尺度での問題点について検討をした。

本研究では，DSM-Ⅳ-TRの性同一性障害に基づいた質問紙に対し郵送法で回答を求めた。協力者は，男性3,631名，女性4,358名である。その結果，3～15歳の子どもの親評定では男児0.04％，女児0.5％に小児の性同一性障害兆候がみられた。16～26歳の青年期・成人期の性同一性障害傾向については，男性1.0％，女性2.0％であった。さらに親評定と本人評定が揃っている10～15

歳について親子比較をしたところ，親評定のほうが有症割合が低い傾向がみられた。親は子どもの性同一性障害傾向に気付きにくいということ，あるいは，我が子のそうした傾向を否認する感情がわくことなどが推察された。女性のほうが行動尺度による有症割合が高いのは，諸外国と同様の結果であった。

キーワード：性同一性障害，有症割合，有病率

There have been two methods to estimate prevalence of GID: to estimate from data recorded by health care organizations and public institutions and to estimate from behavior measures in a general population. The former has been criticized for underestimation of the prevalence because the data only include patients who visit health care organizations wishing to have SRS. The latter has issues regarding measures, sample size, discrepancy in parent and child assessments, and sample age.

Our study objective was to examine the issue of behavior measures. Participants were 3631 males and 4358 females, who replied to a mail questionnaire based on GID defined in the DSM-IV-TR. Prevalence of GID tendency among children aged 3-15, estimated from parent assessment, was 0.04% for males and 0.5% for females. The prevalence among participants aged 16-26 was 1.0% for males and 2.0% for females. Comparison of parent and child assessments showed that the prevalence estimated from the parent assessment was lower than that from the child's self-assessment. It could be inferred that parents tend not to notice GID tendency of their child or that they tend to deny such tendency of their child. The results that the prevalence estimated from the behavior measure was higher in females than in males were similar to those of other countries.

Keywords: gender identity disorder (GID), transsexual, transgender, prevalence, incidence

問　題

わが国の性同一性障害の有症割合[i]に関するデータは皆無である。1997年に端を発する公的な医療化以降，罹患率(incident)や有症割合(prevalence)のわが国のデータが求められつつも海外の推定値を目安にせざるを得なかった。

さて，性同一性障害の有症割合を算出する際に問題となるのは，「どの状態を以って性同一性障害とするか」の基準である。これまでのデータでは主に性別適合手術(Sex reassignment surgery：以下SRSと表記)の実施あるいは志願よって算出されてきたため非常に稀な疾患であるとの位置づけがなされてきた。しかし，身体的治療をしているのか否か，法的な性別変更をしたのか否か，DSMあるいはICDの診断基準を満たしているのか否かといった基準でも有症割合は変わり，さらに行動尺度から得られたデータによる報告もあるため，推定値はさまざまであ

る。どの状態を以って性同一性障害とみなすかは有症割合に大きく影響する。

本稿では，医療機関や法的機関のデータをもとに推定された有症割合と，行動尺度を用いて推定された有症割合とをレビューしたあと，行動尺度で算出したわが国の有症割合について報告する。

Ⅰ．医療機関や法的機関のデータをもとに算出された有症割合

これまでの有症割合については，Harry Benjamin[1]の基準によって算出されたものが多い。Benjamin (1966) 基準とは以下である。

1. 異性への帰属があり，自分は間違った性別に生まれた，生まれた性別こそ間違っているという感覚があること
2. 自分の身体は間違っており，性的分化を示す特徴はすべて苦痛で嫌悪の対象であるという感覚があること
3. 手術を含む治療によって身体的に異性に似ようとする強い欲求があること
4. 異性としてまわりの人に受け入れられることへの欲求があること

これまでの結果をTable1に示す。注釈のない報告については，すべてBenjamin基準である。

ジョンズ・ホプキンス大学病院のジェンダー・クリニックにSRSを求めて来院した数で算出したPauly (1968) の値[2]は，全年齢からの推定であり（その他の研究では15歳以上），なおかつジョンズ・ホプキンス大学病院に来院をしたという限られた人たちからの算出という偏りへの批判があり，その後，Wålinder (1968) がスウェーデンの全精神科医に質問紙を送付し算出している[3]。

Wålinder (1968) の報告後，以下に述べるようにBenjamin基準による有症割合の報告が続いた。Hoening & Kenna (1974) は，マンチェ

Table1　医療・法的機関の把握する実数値から算出された有症割合のレビュー
（下部4つ以外はBenjamin基準）

Authors	Country	Year	MTF	FTM	MTF/FTM
Pauly	アメリカ	1968	1:100,000	1:400,000	4:1
Wålinder	スェーデン	1968	1:37,000	1:103,000	2.8:1
Hoenig & Kenna	イングランドとウェールズ	1973	1:34,000	1:108,000	3.2:1
Ross at al.	オーストラリア	1981	1:24,000	1:150,000	6.1:1
O'Gorman	北部アイルランド	1982	1:35,000	1:100,000	2.8:1
Tsoi	シンガポール	1988	1:2,900	1:8,300	3:1
Eklund et al.	オランダ	1980	1:45,000	1:200,000	4.4:1
	オランダ	1986	1:18,000	1:54,000	3:1
Bakker et al.	オランダ	1993	1:11,900	1:30,400	2.5:1
Weitze & Osburg	ドイツ	1996	1:42,000	1:104,000	2.5:1
Wilson et al.	スコットランド	1999	1:12,700	1:52,000	4:1
De Cuypere et al.	ベルギー	2007	1:12,900	1:33,800	2.43:1
Veale	ニュージーランド	2008	1:3,600	1:22,000	6:1

※Weitze & Osburg (1996) における基準は，法的な改名あるいは出生証明書の性別変更
※Wilson et al.(1999) における基準は，ホルモン療法あるいはSRS実施
※De Cuypere et al. (2007) における基準は，SRS実施
※Veale (2008) における基準は，パスポートの性別変更

スターの王室病院精神科[4]，O'Gorman (1982) は，クイーンズ大学メンタルヘルス課[5]，Tsoi (1988) はシンガポール国立大学病院の産婦人科あるいは開業外科[6]，Eklund et al. (1988) と Bakker et al. (1993) は自由大学付属病院に来院した数（ホルモン療法を始めている人だけをカウント）で割り出し[7,8]，Ross et al. (1981) は，オーストラリアとニュージーランドの全精神科医を対象にした質問紙調査により2年間の来院数で算出している[9]。

Wilson et al. (2000) は，Benjamin基準ではなく，より詳細な有症割合を算出している。彼らは全プライマリケア医に対し質問紙を送付し，性別違和のある患者の来院数を尋ね，対象者を4分類し，“治療はしていないが性別違和のある者”，“心理カウンセリングのみ受けている者”，“ホルモン療法を受けている者”，“SRSを受けている者”として算出している。4分類を包括した有症割合は，MTFが7,400人に一人，FTMが31,000人に一人である（Table1はBenjamin基準に相応すると考えられる，ホルモン療法あるいはSRSを受けている者の合算の数値）[10]。

医療機関ではなく，法的状態から割り出したものとしては，Weitze & Osburg (1996) や Veale (2008) が挙げられる。前者では法的に名や出生証明書を変更した数により算出されているが，すべての性同一性障害当事者が変更するわけではないため，Benjamin基準よりも見積もりが過小評価されているという[11]。後者も類似した基準であり，ニュージーランドのパスポート保持者から有症割合を出している。ニュージーランドでは，社会的に性別移行していれば性別欄をXと表記するよう申請できるため，FからM，MからFへと表記を変えた人だけでなく，FからXとした人や，FからXへ変えた後にMへと変えた人なども含めてその有症割合を算出している[12]。

Pauly (1968) の算出以降，数千から数十万に一人という幅のある結果が報告されてきた。DSM-Ⅳ-TRの“成人男性の30,000人に1人，成人女性の100,000人に1人が性転換の手術を望んでいると考えられる[13]”という記述は，Wålinder (1968) の結果に依拠しているとのことである[14]。しかし，1980年代後半以降は，有症割合も増加傾向にあり，特に80年代初頭に有症割合が低かったオランダでは，算出法が同じであるため時代効果が検討できるが，論文発表年数が新しくなるにつれて有症割合が高くなっていくのが特徴的である[7,8]。

社会的背景が及ぼす影響としては，シンガポールの有症割合の高さについて，質の高いSRSを受けやすいことや，社会が同性愛に対して非寛容であり法的にも禁じているため，同性愛者がSRSを受けている可能性があることなどが挙げられている[6]。ベルギー国内でも地方によって有症割合が異なり，社会経済状況が悪い地方ほど有症割合が低くなる傾向がある[15]。

Ⅱ．行動尺度から算出された有症割合

以上のように，医療機関や法的機関のデータをもとに推定された値は，当事者が行く意思を持たない，あるいは偏見を恐れたり，経済的，地理的障壁などから行くことができない疾患の場合，有症割合を過小評価する可能性があるという批判が長らくされてきた。したがって一般母集団を対象に無作為抽出で

Table2　行動尺度から算出された有症割合のレビュー

Authors	Country	Year	Male	Female	Age bracket
Zucker et al.	カナダ	1997	1.3%	3.2%	4～11歳
Coolidge et al.	アメリカ	2002	2.3%		4～17歳
van Beijsterveldt et al.	オランダ	2006	0.9%	1.3%	7歳と10歳
佐々木 他（本研究）	日本	2009	0.04%	0.5%	3～15歳
佐々木 他（本研究）	日本	2009	1.0%	2.0%	16～26歳
Langstrom & Zucker	スウェーデン	2005	2.8%	0.4%	18～60歳

※Langstrom & Zucker (2005) は，成人を対象にした異性装による性嗜好の割合

協力者を得，構造化面接によって推定したデータが求められるが，後述する異性装をするフェティシズムについてはあるが[16]，性同一性障害に関する限り，そのデータはない。唯一現存するのは，行動尺度から算出された小児・思春期の有症割合となる。

以下，行動尺度から算出された報告を3つ挙げる。結果は報告年順にTable2にまとめた。

Zucker et al. (1997) は，Achenbach & Edelbrock (1981) のChild Behavior Checklist (CBCL) [17]から“異性のようにふるまう”と“異性になりたいと言う”の二項目について「ややあてはまる」以上に得点した数をAchenbach & Edelbrockの報告データから抜き出し再分析している（Table2には，筆者が再計算した全体平均値を載せている）[18]。CBCLは，双生児を対象にしたvan Beijsterveldt et al. (2006) でも用いられ，男児は1%前後（0.9～1.3%），女児は2%前後（1.3～3.2%）の有症割合が得られている[19]。この研究は，男児11,470名，女児11,925名のサンプルを用いた大規模調査であるが，測定しているのは性同一性障害傾向ではなく，異性化志向であるという問題点がある。

一方，標本規模は少ないものの，CBCLよりも尺度に妥当性があるのがCoolidge et al. (2002) の研究である。この研究ではCoolidge (1998) が作成したCPNI (Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children) [20]を用いている。CPNIは200項目から成り，DSM-IVに基づいたさまざまな精神疾患について親評定を求める質問紙であり，この中に性同一性障害を測定する項目が6つ含まれている。独自に閾値を設けており，その有症割合は2.3%であるとしているが[21]，628名の双生児協力者であり，数が少なく男女込みで計算しているため詳細がつかめない。また，子どもを対象とする場合，親評定であるという偏りがあるため，有症割合が低く見積もられている可能性もある。

成人の無作為抽出標本での性同一性障害あるいはBenjamin基準による尺度での報告はないが，異性装をするフェティシズムについては報告がある。このスウェーデンの調査では，一般母集団から無作為抽出で協力者を得て最終的に男性1,279名，女性1,171名が質問紙回答と対面式の面接に参加している。異性装をすることにより性的興奮を得た経験のある人の有症割合であるため，性同一性障害とは概念が異なるが，男性2.8%という比較的高い有症割合が得られている[16]。このことから異性装の人々は，トランスジェンダーの中でも最大のサブグループを構成しているのではないか[22]と言われている。

以上のように，これまでの研究には以下に述べる問題点が挙げられてきた。①医療機関や法的機関の把握する実数値からの推定では，SRSを志願し医療・法的機関に出向くことができる人のみを対象としている。このため有症割合の過小評価につながっている。②行動尺度からの推定では，異性役割行動で性同一性障害の推定を行ってきた。③性同一性障害を測定する尺度では標本規模が小さく詳細がつかめなかった。④子ども本人の評定と親の評定では，有症割合が異なる可能性がある。⑤行動尺度からの推定は，子どもが対象であり，成人は対象にされたことがなかった。そこで本研究では，上記批判をふまえ，a）性同一性障害を測定する尺度を用い，b）これまでの研究よりも大規模に，c）子どもだけでなく青年・成人期も対象にして有症割合を検討し，d）さらに親子間で評定の違いがあるのか否かも検討した。

方　法

1. 調査協力者

首都圏ふたごプロジェクト（ToTCoP）では，2004年12月から2006年3月にかけて，東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県のほぼすべての地方自治体の住民基本台帳から，3歳から26歳の双生児とみなされる同家庭に居住する同生年月日の2名を悉皆的に抽出することにより，双生児レジストリを作成した。同プロジェクトは2007年3月，このレジストリを5つの年齢区分に分割し，各区分それぞれについて約60%にあたる総計22,083世帯を無作為抽出し，『ふたごを対象としたこころとからだの成長・子育て・教育に関する大規模調査』を郵送法にて実施した。したがって，協力者はすべて双生児あるいはその親であるが，本研究では単胎として扱う。これは双生児で有症割合を算出していたCoolidge et al.（2002）やvan Beijsterveldt et al.（2006）の先行研究に従うものである。

性に関する質問紙調査では，性への関心が高いものが回答する傾向があると指摘されることがあるが，本研究では，パーソナリティ，身体疾患，養育態度，学業成績など100項目以上にわたる変数の中にこの4項目を入れていたため，この4項目に回答したい人が回答し有症割合が高くなる危険性は，回避できていると考えられる。

有効回答数は，青年・成人期（16～26歳）の男性が833名，女性が1,319名，小児期（3～15歳）の親が評定した男児2,798名，女児3,038名であった。親評定については，保護者1名から回答を求め，誰が回答するかは任意とした。評定者は，母親1,111名，父親104名であった[ii]。なお，10～15歳の子どもについては，本人からも評定を得た。

回答は任意かつ匿名であり，返信がなくても，あるいはどのような回答内容であろうとも回答者に不利益はないことを研究の目的と共に説明書に明記した。調査票は回答者1名につき1部とし，回答に際しては家族と相談しないこと，回答後は調査票を封緘することを求め，回答が人目に触れることのないよう配慮した。調査実施にあたっては，慶應義塾大学文学部倫理委員会の承認を得た。

2. 質問項目と性同一性障害傾向の基準

性同一性障害傾向は，DSM-Ⅳ-TR[iii]に基づき，A.反対の性に対する強く持続的な同一感，B.自分の性に対する持続的な不快感，

またはその性の役割についての不適切感[13]という2つの診断基準について4項目にて測定した。項目内容については，Coolidge (1998) が作成したCPNI (Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children) [20]を参考にした。

本研究ではこれに基づき以下の4つの項目を用いた。1. 違う性別になりたい，2. 違う性別として扱われたい，3. 今の性別であることがいやである，4. 自分の性別だけにある身体の特徴を変えたい。これら4項目について6件法（全くあてはまらない～とてもよくあてはまる）で回答してもらった。本研究における性同一性障害の基準については，上記に挙げたA「異性への帰属感」とB「現在の性別への違和感」の両者を満たす必要があるため，4項目すべてで4点以上（どちらかといえばあてはまる）と回答した場合，“性同一性障害傾向あり”とみなした。1項目でも3点以下であれば基準は満たさないとした。通常，性同一性障害の診断では，上記状態の持続性が求められる上，その状態ゆえに社会的機能が低下しているのか否かが重要な基準であり，また身体的性別の検査も必要である。したがって，本研究で“性同一性障害傾向あり”とみなされた者が実際に性同一性障害であるかどうかは保証できない。

結　果

本研究の有症割合はTable3に示す。また，Table2のレビューの中にも付加した。

小児期（3～15歳）の性同一性障害傾向は，親が評定をしている。男児が0.04% (SD=0.0004, 95% CI=0～0.0011) であり女児が0.5% (SD=0.0013, 95%CI=0.0024～0.0074)

Table3　本研究における有症割合
（3～15歳は親評定，16～26歳は本人評定）

	3～15yrs		16～26yrs	
	boys	girls	male	female
N	2798	3038	833	1319
N of GID	1	15	8	26
prevalence	0.04%	0.5%	1.0%	2.0%
	1:2798	1:202	1:104	1:50

Table4　10～15歳における本人評定と親評定の有症割合

	boys		girls	
	self	parent	self	parent
N	1011	1058	1353	1380
N of GID	5	1	31	12
prevalence	0.5%	0.1%	2.3%	0.9%
	1:202	1:1058	1:44	1:115

であった。具体的には，男児が2,798名中，基準を満たしているのが1名，女児が3,038名のうち基準を満たしているのが15名であった。青年・成人期（16～26歳）については男性が833名中8名が基準を満たし1.0% (SD=0.0034, 95%CI=0.0030～0.0162) の割合，女性は1319名中26名が基準を満たし2.0% (SD=0.0038, 95%CI=0.0122～0.0272) の割合であった。

10～15歳時に関しては，親だけでなく本人にも評定をしてもらった。そこで本人と親とで評定に差が出るのか否かχ二乗検定を行った（有症割合はTable4に示す）。その結果，女児については有意に本人のほうが有症割合が高かった（$\chi^2(1)=8.64$, $p<.001$）。男児については，親子評定間の有意な差はみられなかった（$\chi^2(1)=2.84$, ns）。しかし，本人評定では5名の男児が性同一性障害傾向を示したのに対し，親評定では1名であった。なおこの男児については，本人評定が4項目すべてについて「非常によく当てはまる（6点，6点，6点，6点）」であったのに対し，この男

児の親は5点，4点，5点，4点の得点を付けていた。

本人評定でも親評定でも性差はみられ，いずれも女児のほうが有症割合が高かった（本人評定：$\chi^2(1)=12.11$, $p<.001$，親評定：$\chi^2(1)=6.71$, $p<.05$）。

考　察

1. 性同一性障害傾向の有症割合（小児期と青年・成人期）

小児期について，CBCLやCPNIによる推定よりも低い有症割合となったのは，本研究で採用した性同一性障害傾向の基準が厳しかったためであると考えられる。CBCLやCPNIでは，異性役割行動の項目で構成されているのに対し，本研究では，より「性転換症」の基準に近しい，「3. 今の性別であることがいやである」や「4. 自分の性別だけにある身体の特徴を変えたい」という項目においてもポジティブな回答がなければ“性同一性障害傾向あり”とはみなさなかった。しかしながら，CBCLにおいてもCPNIにおいてもこのような項目は含まれていない。この基準の厳しさが本結果の有症割合の低さを招いたと思われる（なお3と4の項目を除外し，残りの1と2の項目のみで基準を満たした者の割合を算出すると，男児が0.3%，女児が1.8%であり，先行研究と近似の値となった）。

青年・成人期については，それぞれ男性が1%，女性が2%であった。比較対象となるデータはないが，医療機関や法的機関が把握する実数値からの推定である数万人に一人といった有症割合よりも，性同一性障害は多くみられる現象であると推察される。

2. 本人と親の評定の差

本人と親の評定の差をχ二乗検定で比較したところ，男児では有意ではなかったが，女児では有意に本人評定のほうが有症割合が高かった。親子間比較をした研究はないため比較はできないが，一般的には，性同一性障害は，当事者が親に“カミングアウト”するものであり，親が本人を病院に連れてくるものではない。親は漠然とした予感を持っていたとしても（あるいはまったく気がつかないこともある），そこまで重大な問題であったとは思っていないケースが散見される。このことからも臨床像と一致した結果である。統計的には有意な差はなかったが男児についても，5名がその傾向を持っていながら，4名の親は高得点をつけていない。1名だけ親も高得点をつけていたが，本人の得点よりも低く見積もっており温度差があった。

この結果は，一見，公然の状態のように思われる性同一性障害がいかに気がつきにくいものであるのかを物語っているようである。あるいは，親に我が子のそうした傾向を否認する感情がわくためであるとも考えられる。

3. 有症割合の性比

これまでも医療的・法的に性別移行をした数から算出された有症割合と行動尺度から算出された有症割合とで性比に逆転がみられており，本研究についてもこれまでの行動尺度の性比と同様，女児・女性のほうが有症割合が高い結果が得られている。

この逆転現象は，性別への違和と異性への帰属という心理状態がいかに男性のほうが医療化されやすいのかを示していることだ

と考えられ，Zucker et al. (1997) は以下のように述べている。“医療機関に紹介される率は女児よりも男児が多い。しかし，異性役割行動を示すのは女児のほうが多い。このことから，男児よりも女児のほうが臨床閾値が高い”[18]。つまり，その社会の異性化への寛容性により閾値が異なるという。しかしながら，わが国においては現在のところ医療機関にかかる性比に大きな差がみられないという報告がほとんどであり[23]，西欧諸国と異なりいずれにせよ女性のほうが性同一性障害様を示しやすく，なおかつ医療にもかかりやすいという状態がある。Zuckerのいう，女性のほうが臨床閾値が高いという仮説については検討の余地があると思われる。この性比の問題は，わが国の特殊性を際立たせるものとして注目されるテーマであり，さらなる研究が待たれる。

本研究の限界

本研究では行動尺度での性同一性障害傾向の有症割合を検討したが，以下の問題点が残されている。標本に関しては，①双生児であるという特殊性がある，②首都圏在住者を対象としているため地方在住者とで有症割合が異なる可能性がある，③26歳までを対象としており，遅発型の性同一性障害まで捉えることができていない，尺度の項目内容については，④性同一性障害の持続性とそれによる社会的機能の低下を質問項目に入れていない，⑤協力者の身体的性別検査に準じるデータが得られていない，⑥信頼性，妥当性を検討し，さらに標準化した尺度ではない，といった問題が挙げられる。特に本研究ではたった4項目の短文で性別違和と異性帰属を測定しており，それら概念を正確に反映した項目となっているのか検討の余地がある。

しかしながら，わが国で性同一性障害についての有症割合が得られた報告は本データが初めてであり，端緒としての有用性は認められると思われる。

文　献

1) Benjamin, H.: The transsexual phenomenon. The Julian Press, Inc. Publ. New York, 1966.
2) Pauly I. B. The current status of the change of sex operation. Journal of Nervous Mental Disease 147: 460-471, 1968.
3) Wålinder J. Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl, 203: 255-258, 1968.
4) Hoenig. J, Kenna. J. C. The prevalence of transsexualism in England and Wales. British Journal of Psychiatry 124: 181-190, 1974.
5) O'Gorman, B. C. A Retrospective Study of Epidemiological and Clinical Aspects of 28 Transsexual Patients. Archives of Sexual Behavior 11: 231-236, 1982.
6) Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatrica Scandinavica 78: 501-504, 1988.
7) Eklund, PLE., Gooren, L.JG, Bezemer, PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. British Journal of Psychiatry 152: 638-640, 1988.
8) Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren

LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica 87: 237-238: 1993.

9) Ross M. W., Wålinder, J., Lundström, B., & Thuwe, I. Cross-cultural approaches to transsexualism. Acta Psychiatrica Scandinavica 63: 75-82, 1981.

10) Wilson, P., Sharp, C., & Carr, S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. British Journal of General Practice, 49: 991-992, 1999.

11) Weitze, C. W. & Osburg, S Transexualism in Germany: Emprical data on epidemiology and application of the German transsexuals' Act during its first ten years. Archives of Sexual Behavior, 25: 409-424, 1996.

12) Veale J. F. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42: 887-889, 2008.

13) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR Fourth Edition Text Revision), 2000 (DSM-Ⅳ-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版 高橋三郎 (翻訳), 大野裕 (翻訳), 染矢俊幸 (翻訳) 医学書院 2006)

14) Landen M, Wålinder J, Lundstrom B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. Acta Psychiatrica Scandinavica 93: 221-223, 1996.

15) De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P. & Monstrey, S. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. European Psychiatry. 22: 137-141, 2007.

16) Langstrom N., & Zucker, K. J. Transvestic Fetishism in the General Population: Prevalence and Correlates. Journal of Sex & Marital Therapy 31: 87-95, 2005.

17) Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. Monographs of the Society for Research in Child Development 46: (1, Serial No.188) 1981.

18) Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. Sex Differences in Referral Rates of Children with Gender Identity Disorder: Some Hypotheses Journal of Abnormal Child Psychology, 25: 277-227, 1997.

19) van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J. & Boomsma D. I. Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. Archives of Sexual Behavior, 35: 647-658, 2006.

20) Coolidge, F. L. Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children: CPNI. Colorado Springs, CO, Author, 1998.

21) Coolidge,F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. The Heritability of Gender Identity Disorder in a Child and Adolescent Twin

Sample. Behavior Genetics 32: 251-257, 2002.

22) Lawrence, A. A. Gender identity disorders in adults: Diagnosis and treatment. Edited by Rowland, D. L. & Incrocci, L. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders John Wiley & Sons 2008.

23) Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. Psychiatry Research. 157: 315-318, 2008.

注

i この用語は英語のprevalenceに相当する，一時点での該当者割合を意味し，既存文献で「有病率」「有症率」とされているものと同じ概念である。

ii 子との関係性が特定できない保護者が4名いたが，本稿での表記は「親評定」で統一した。なお，子どもに対して性同一性障害傾向の得点をつけた保護者にこの4名は含まれていない。

iii 医療・法的機関の把握する実数値から算出していた研究のほとんどはBenjamin基準であったが，これはICD-10の「性転換症」の診断基準と近しい。一方，DSM-Ⅳ-TRの「性同一性障害」の基準は，これらと比較するとより包括された基準であり，A. 反対の性に対する強く持続的な同一感，B. 自分の性に対する持続的な不快感，またはその性の役割についての不適切感という2つが主たる基準となる。そのため，DSM-Ⅳ-TRの「性同一性障害」の基準とICD-10の「性転換症」とは基準が異なる。なお，ICD-10においては，「性転換症」，「両性役割服装倒錯症」，「小児期の性同一性障害」，「他の性同一性障害」，「性同一性障害，特定不能のもの」の包括概念を「性同一性障害」としている。

症　例

腹腔鏡下性腺摘除術を施行した androgen insensitivity syndrome (AIS) の1例

Laparoscopic gonadectomy for a case with andorogen insensitivity syndrome.

獨協医科大学越谷病院泌尿器科
小堀　善友，岡田　弘
KOBORI Yoshitomo, OKADA Hiroshi
金沢大学医学部大学院集学的治療学（泌尿器科）
前田　雄司，並木　幹夫
MAEDA Yuji, NAMIKI Mikio

抄　録

症例は27歳，女性（社会的・戸籍上）。既往歴として，左鼡径ヘルニアに対する手術歴があった。原発性無月経を主訴に，近医婦人科を受診した。画像検査上，両側停留精巣を認めた。腟は盲端であり，子宮と卵巣を認めなかった。Tanner分類で陰毛は2度，乳房は5度であった。遺伝子検査にて46XYであり，アンドロゲン不応症候群（androgen insensitivity syndrome; AIS）疑いにて当院婦人科を紹介受診後，当科へ紹介となった。AISに伴う停留精巣は腫瘍化する可能性があるため，腹腔鏡下両側性腺摘除術を行った。美容面を考慮し，下腹正中線上に10mmポート1つ，5mmポート2つとし，5mmポートは2つとも下着に隠れるようにした。術後採血にてテストステロン，エストロゲンは著明に低下していた。現在，外来にてホルモン補充療法を継続している。術後も通常の女性として生活しており，男性の婚約者もいる。性交も術前と変わらず可能であった。

A 27-year-old female visited our hospital with a chief complaint of primary amenorrhea. Computerized tomography revealed both sides cryptorchidism. Her vagina was coecum and she did not have uterus and oophoron. Her chromosome was 46XY and she was diagnosed as androgen insensitivity syndrome (AIS). We performed laparoscopic gonadectomy, because cryptorchidism with AIS may change malignant degeneration. In postoperation, the testosterone and the estrogen deteriorated remarkably. We are continuing hormone replacement therapy in the outpatient department now. She lives as a normal woman in after the operation, and there is a male partner. She was able to have sexual intercourse as the same as preoperation.

緒　言

アンドロゲン不応症候群（androgen insensitivity syndrome; AIS）に対しては，成人にて発見される症例に対しては，性腺（すなわち精巣）が悪性化する懸念があるため，手術によって性腺を摘出する例がほとんどである。われわれは，AISの患者に対して，腹腔鏡を用いて性腺摘除術を施行したので若干の文献的考察を加えて報告する。

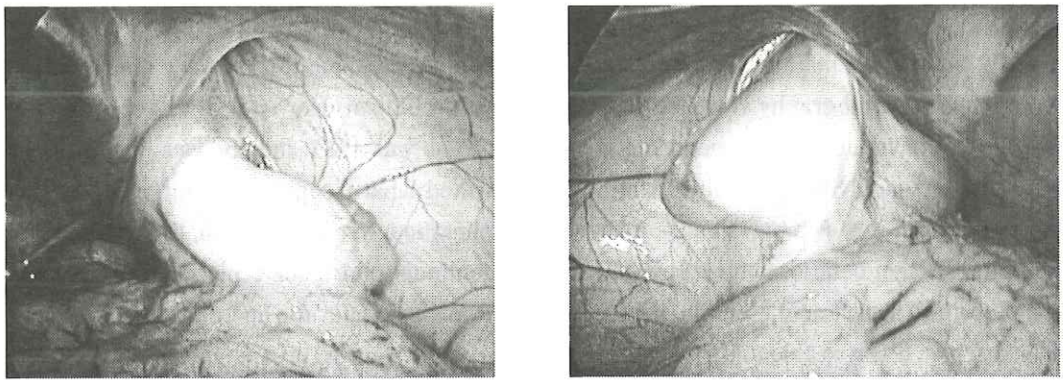
症　例

- 27歳　女性　（社会的・戸籍上）
  主訴：原発性無月経
- 既往歴：左鼠径ヘルニア（14歳時に手術）
- 家族歴：特記事項なし，同胞おらず。
- 現病歴：原発性無月経にて近医婦人科を受診。画像検査上，腟は盲端であり，子宮と卵巣を認めなかった。遺伝子検査は46XYであった。AIS疑いにて当院婦人科を紹介受診後，当科へ紹介となった。
  身体所見：
  身長 162cm，体重 54kg
  外陰部　完全女性型
  陰毛 Tanner 2度
  乳房 Tanner 5度
  精神発達遅延を認めず。
- 検査所見：血算・血液生化学に特記すべき異常なし。ホルモン検査は，エストラジオール57.7pg/mL，テストステロン10.0ng/mL，遊離テストステロン16.9pg/mL，PRL 9.4ng/mL，LH 38.9mIU/mL，FSH 8.7mIU/mLと，テストステロンは通常男性レベルの高値であった。LHも軽度高値であった。精巣腫瘍の腫瘍マーカーは，LDH 99IU/L，AFP <10ng/mL，HCG-β <0.1ng/mLと異常を認めなかった。
- 画像診断：CTとMRIにて，両側内鼡径輪付近に性腺（すなわち精巣）を認めた。

経　過

腹腔内にある精巣が悪性化する懸念があるため，腹腔鏡下にて性腺摘除術を施行した。美容面を考慮して，下腹正中線上に10mmポート1つ，5mmポート2つとし，5mmポートは2つとも下着に隠れるようにした。手術中に，腹腔内に両側の性腺が確認された（図1）。

病理組織は，精細管は未熟で明らかな精子形成は認められなかった。ほぼSertoli細胞のみからなり，精祖細胞や精母細胞は確



A　　B

図1　腹腔内の精巣（A: 右側，B: 左側）

認できず，間質にLeydig細胞の過形成を認めた。悪性所見は見られず，AISに矛盾しない所見であった。

術後のホルモン採血結果は，エストラジオール <10.0pg/mL，テストステロン 0.13ng/mL，遊離テストステロン <0.6pg/mL，PRL 28.0 ng/mL，LH 61.7mIU/mL，FSH 88.8mIU/mLと，エストラジオールとテストステロンの急激な低下と，LHとFSHの高値を認めた。術後には，外来にてエストロゲン補充療法を施行している。

性生活に関しては，パートナーがいて術後も性交は可能であった。性交時にオーガズムに達することは可能であり，性欲もあり，潤滑もあった。以上のことは他人と比較出来ないが，患者本人は不満を感じておらず，パートナーからの不満も認めなかった。意識は完全に女性と思っており，結婚も考えているとのことであった。生殖技術で可能であれば，子供が欲しいと考えていると話されたが，卵がないために不可能であると説明した。

本症例において，アンドロジェン受容体(androgen receptor; AR)遺伝子をシーケンス解析したところ，第8エクソン上の1カ所に点突然変異を認めた。すなわち，N末端より916番目のアミノ酸にF(フェニルアラニン)からL(ロイシン)へのミスセンス変異が確認された。

考　察

AISとは，46,XYの核型を有する人において，アンドロゲン作用不全により，出生時外性器の女性化や不完全男性化，思春期の二次性徴の異常や不妊をきたす。アンドロゲン作用不全の程度によって大きく以下の3種の表現型に分類される。

①完全型(complete androgen insensitivity syndrome; CAIS)：完全な女性型外性器

②不全型(partial androgen insensitivity syndrome; PAIS)：外性器は女性に近い場合，男性に近い場合，あいまいな場合がある

③軽症型(mild androgen insensitivity syndrome; MAIS)：外性器は男性型

この症例は，①の完全型であった。

以前用いられた「精巣女性化症候群」あるいは「アンドロゲン抵抗性症候群」という病名は最近ではほとんど用いられない。疫学としてCAISの頻度は，100,000人あたり2～5人とされている。CAISの診断は臨床所見や検査所見のみでなしうることが可能であることが特徴である。つまり，PAISやMAISの診断はX連鎖性遺伝に合致する家族歴が必要となる場合もある。

CAISでは正常の女性型外性器を有する。典型例では思春期以前に睾丸が鼠径部腫瘤として見つかったり，思春期に無月経や性毛の発毛不全で気づかれたりする。乳房発育や皮下脂肪沈着は正常の女性と同様である。性のアイデンティティーや指向は影響されない。CAISはほとんど常にごく普通の女性である。すなわち罹患したXY女性は正常な女性外性器を有し，陰核肥大や陰唇癒合のような男性化徴候を認めることはほとんどない。時にウォルフ管の発達が認められる。

AR遺伝子(Xq11-q12)の分子遺伝学的検査では，CAIS症例の95％以上で変異を検出できる(AR遺伝子・全8エクソンのシー

ケンス解析)。本症例でも，ミスセンス変異が確認されたが，AR mutation database にはCAISを引き起こす変異として既に登録されていた。

臨床的マネージメントとして，思春期以後，女性化が完了した時に精巣を摘出することが推奨されている。女性化は一部精巣からのエストロゲンによって，また一部は末梢でのアンドロゲンからエストロゲンへの変換によっておきるために，思春期以前には精巣を摘出すべきでない。また，思春期以後に性腺を摘出するのは停留精巣の場合と同様，悪性化するリスクがあるためであり，これは思春期以前にはほとんどおこらない。近年では，精巣を腹腔鏡で摘出する報告も散見される[1]。鼠径の精巣が身体的もしくは美容的に不具合を生じたり，ヘルニア縫合術が必要となったりする場合には思春期前の精巣摘出術が考慮される。この場合，思春期発来と女性化の維持，そして骨粗鬆症を予防するためにエストロゲン補充が必要となる。本症例でも，14歳児に鼠径ヘルニアの手術が施行されていたが，この時点で精巣が鼠径部に突出してきていたのに術中には精巣を認識出来なかったのではないかと推測された。また，膣は性交疼痛症を避けるために拡張術が必要となるほど短い場合があり，性交痛を防ぐための膣拡張術が行われる場合もある。

罹患者本人に対し，いつ，どの程度までCAISについて告げるかということが問題であるが，これについては統一された答えはない。しかしながら，家族や専門家，他の罹患者からのサポートが得られないような状況で診断を隠されたり自分で診断に気づいたりするよりも，しっかりした環境で全般的な診断や情報の提供をするほうが望ましいという点は次第に明らかになりつつある。診断の告知は，専門的支援と家族への支援のもとに，共感的な雰囲気のもとで行うのが望ましいとされている[2]。

文　献

1) Frishman GN: Laparoscopic gonadectomy for andorogen insensitivity syndrome. Am J Obstet Gynecol196: 612, 2007.
2) GENE Reviews日本語版: http://grj.umin.jp/

症　例

短期精神療法で改善した男性性嫌悪障害の治療経過

埼玉医科大学神経精神科・心療内科
塚田　　攻

この症例は，平成20年10月5日，第28回日本性科学学会学術集会において，一般演題として症例報告した。一般演題としての発表および本誌への掲載については，本人の許可を得てのものである。重複の多い部分もあるが，敢えてそのまま掲載する。

症例：31歳男性，IT関連技術者。土木機械制御プログラムの開発・管理

家族歴：父親は会社員60歳。母親は専業主婦57歳。3歳年下の妹がいるが，既婚で2児（4歳男児，1歳女児）の母である。本人は26歳（X－5年）の時に結婚し，まもなく1歳になる長男がいる。知り得る限りにおいて，血縁関係に精神疾患の遺伝負因はない。

主訴：妻がこわい（問診票記載）

診断：性嫌悪障害（獲得型，状況型，心理的要因によるもの），DSM-Ⅳ-TRによる

X年2月上旬（初診）

現病歴：

主訴の意味を具体的に尋ねると，妻に性行為を求められる恐怖であった。妻の妊娠中，性行為があったが，その数日後に流産し（X－2年2月），本人は強い自責の念を抱いた。その後，妻は再び妊娠し，X－1年3月に長男を出産。産後の肥立ちは良かったが，本人は妻の産後の身体を気遣い，大事にしてセックスを避けてきた。最近妻からセックスを求められるようになった。しかし，応じる気になれず，また求められたらどうしようと，びくびくするようになったという。

性格：

本人は，自分を評してデジタル人間という。YESかNOしか頭になく，微妙なニュアンスを求められても理解できない，本人自らKY（空気読めない）の典型ともいうが，本人の言葉に反し，神経質で細かい印象を与える。疑問点をとことん突き詰めないと先に進めないともいい，強迫傾向・完璧主義傾向が強いと思われる。

生活歴・性歴：

本人が3歳の夏に妹が生れ，どうしたら赤ん坊ができるのか，不思議でならなかったという。母親が妹のオムツを換えるときに，妹の性器を見て何か不思議な感じがしていた。その後は，特に意識することなく過ごしていた。

中学1年生の時に夢精の形で精通をした。それからしばらくは，時々マスターベーションをしていたが，クラスメイトの持ってきた

ヌード写真を皆で見ていて，女性の身体（特に性器）をグロテスクに感じ，見なければ良かったと思った。何か触れてはならない大変なことを知ってしまったとも思った。クラスメイトの女の子や妹の身体がああなっているかと思うと耐えられなかったが，本当はどうなっているのか確かめたい気持ちもあった。

工業系国立高等専門学校に進学し，ロボットに熱中した。ロボットコンテストで全国大会に出場したこともある。あまり女性を意識していなかったが，文化祭の時に知り合った女子高生から求められて付き合い始めた。3回目のデートで初めてキスをしたが，その時にペニスが勃起し，射精までしてしまった。

自分でも驚いて非常に戸惑ったという。その後，その時に勃起したことを彼女がわかっているのではないかと思うと，恥ずかしくなって会えなくなり，そのまま終わってしまった。

高等専門学校を卒業して，大手機械工業の会社に就職し，主に土木機械制御プログラムの開発・管理の仕事に携わり，現在に至っている。しばらくは仕事に熱中し，恋愛もなかった。本人25歳（X－6年）の時に，短大を卒業して入社してきたばかりの女性と付き合い始め，翌年結婚した。セックスは最初は普通にあったが，回数は週1回程度から徐々に少なくなり，1年のうちに月1～2回程度に減っていった。妻は不満を呈していたが，仕事が忙しく，疲れて帰ってくると妻の要求に応じる余力はなかった。それでも休みの前日には「義務」を果たしていた。

X－3年12月に妻の妊娠が判明。その後セックスも同じように月1～2回していた。それまでは正常位が多かったが，妻が腹部の圧迫を嫌い，騎乗位が多くなった。本人は，騎乗位でセックスをすると，妻が激しく動くときに，ペニスを根元からそぎ取られてしまうのではないかとの不安があり，あまり好まなかった。X－2年2月，妻の悪阻も治まり，同じように騎乗位でセックスをしたとき，いつになく妻の動きが激しかったように感じた。その数日後に妻が流産し，漠然と自分の責任だと感じ，強い罪悪感を抱いた。

妻の身体が安定してから，夫婦ともに子供が欲しいという気持ちが強くなり，週1～2回程度のセックスを復活していたが，X－2年7月に妊娠が判明。その後は，妻が求めてきても，前のこともあるからと妊娠中のセックスに一切応じなかった。X－1年3月に無事長男を出産。その後も本人は妻の産後の身体を気遣っていた。

半年を過ぎた頃，もう大丈夫のはずだからと妻にセックスを求められるようになったが，応じる気になれず，仕事が忙しいことを理由に逃げていた。しかし，長男の出産後1年になろうとするに及んで，妻の要求も強くなり，応じないと離婚も口にするようになった。それでも妻の要求に応じる気になれないジレンマがあり，いつセックスを要求されるか，いつ離婚届を突きつけられるかとびくびくするようになり，このままではいけないと受診を決意した。

初回セッションでの注目点

上記の経過を訊くインテークの中で，妻に治療に参加してもらえるかを問うと，妻に内緒で受診していること，問題は妻には全くなく，自分が変われば問題は解決すると100％思っているという。問題は自分にだけあるという。治療者は，セッションの最後のまとめ

として，流産の責任が自分にあると考えていることに加え，騎乗位でのセックスが苦手であることを指摘した。

X年2月下旬（2回目）

妻とのセックスに応じられない理由について話す。性欲がない訳ではなく，妻に求められても応じる気になれない。性欲はあり，マスターベーションをしているが，その時には妻とのセックスを思い描くという（この時治療者は治療の成功を確信した）。妻は，他に女性ができたのかと疑ってみたり，自分のことを嫌いになったのかと矢継ぎ早に訊いてくるようになり，そうじゃないとだけしか言えず，自分でも訳が判らなかった。応じられない自分が情けなく，男として失格だと思った。妻が求めてきても，応じられないと思うと，今度はいつ求めてくるかとびくびくして，妻と顔を合わせるのがこわくなった。但し，最近妻はその気持ちを察してか，あまり求めて来なくなった。しかし，妻は時々我慢しきれなくなってヒステリックに切れる。「当然と思う，自分が悪い，離婚されても文句は言えない」と半泣き顔になる。ただ子供が可愛くて仕方ないから，何とかそのような事態を避けたいという。

妻とのセックスに応じられなくなったのは，最初は流産についての罪悪感を抱いてからだと思う。求めてきたのは妻だったが，大事にしようと思いつつ，断れなかった。騎乗位で妻は激しく動いたが，それを制止することもなく，妻のなすがままにしていた。騎乗位は以前から何となく苦手だった。その時は本当にペニスが根こそぎ取られてしまうかと思うほどだった。妻が流産してから，確かに後悔したし，子供が欲しいという思いに駆られて，お互いに一生懸命になって，セックスの回数が復活したと思う。再び妊娠してからは，今度は大事にしようと思い，妻がセックスを求めてきても応じなかった。自分も満たしたくなるが，その時はマスターベーションをしていた。「奥さんはどうしていたのでしょう？」という問いには「不覚にも知りません」という。治療者は，ここで流産の責任を自分だけで負わなくてもいのではないかと認知の修正を試みた。

無事長男が生まれて，しばらくはセックスを禁じられていたし，自分も妻の身体を気遣うという意識で，極力伸ばし伸ばしにしてきた。育児を手伝うことも楽しくて，そちらに没頭していた。いくらなんでも半年も過ぎたのだから大丈夫よと言われても，その気になれなかった。妻の体調も順調で，気遣うという理由はなくなっていたし。何が嫌だったんだろう？と訝し気にいう。

その後，妻をはじめ，家族のことに話が及んだ。妻の性格は，明るくはきはきしていて積極的。高校ではチアリーダーをやっていて，リーダーシップがある。短大時代はもてて，何人もの男性と付き合っていたようだという。普段は要求がましいようなことをいわず，それとなく雰囲気で匂わしてくる。自分はそれがキャッチできず，KYだとよく言われる。付き合い始めてから結婚当初まで，何でもはっきり言ってもらわないとわからないといってよく喧嘩になった。セックスでも妻の方が色々な体位を要求してきて，自分は言われるままにしている。また，自分が高専出身で，妻が短大を出ていることに少しコンプレックスがあるという。

父親は会社員60歳。高卒後専門学校を経て，自動車整備のエンジニア。定年を迎えたが，会社の都合で定年を延長して後身の指導にあたることになっている。大人しく従順。家族には献身的にサービスをする。特に母親の要求にはほとんど応じていたようだ。母親は専業主婦57歳。4年制大学英文科卒業。明るく積極的で時にわがまま。自分でもお姫様という。家の中は「母親の天下」だった。妹も明るくはきはきして，いつも「お兄ちゃんは煮え切らない」と言われていた。

クライエント夫婦の関係と両親の関係とがそっくりだと指摘すると，苦笑いをしながら「そうですね，そういわれて初めて気が付いた」という。

X年3月中旬（3回目）

自分で色々考えてみた。妻とのセックスで何が嫌だったんだろうと突きとめようとして考えてみたが，やはり騎乗位に不安があった気がする。流産の前のセックスでは余りにも妻が激しく動くので，本当にペニスが取れてしまうんではないかと不安だった。しかし，それ以前から，騎乗位になるとペニスが取れてしまうんじゃないかという不安はあったと思う。それ以外にも性に関して，何か知ってはいけないものという感覚がずっとあった。高校生の時に始めてキスした時も，彼女の胸の膨らみを感じながら勃起してしまい，射精までした。これを知られたらどうしようという思いと，彼女にそんな気持ち持っちゃいけないという気持ちで，もう続けられなくなってしまった。それから女性とは遠ざかっていて。妻と付き合いだしてから初めてセックスをした。自分はセックスについて何も知らなかったので，妻に色々教えてもらった。妻は，これまで何人もの男性と付き合っており，セックスの経験は豊富なようで，色々なテクニックを教えられ，要求された。ただ，自分はフェラチオは嫌だったという。彼女の歯が当たる時があって，ペニスが傷つかないか，不安になって気持ちの余裕が持てなくなってしまう。

このセッションでは，これ以上連想が発展しなかった。これまでの流れから，治療者は「騎乗位」「去勢不安」がキーワードになると考えた。そこで，本人にとって両親はどんな人か，本人に対する躾がどうだったか，性に関することで不安になる体験がなかったかなどを訊いた。その時には連想が浮かばず，次回までに考えてみるといってセッションを終了した。

X年4月上旬（第4回目）

両親のセックスの場面を見たという幼児体験（原光景体験）を思い出したと語る。幼稚園入園式の前日に興奮して眠れなかったので，両親の寝室に行くと，両親は裸で母親が仰向けになっている父親の上に乗って叫び声を挙げていた。父親が自分に気づき，母親に合図した。母親が立ち上がったときに，母親の下から父親の勃起したペニスが姿を現した。グロテスクだった。「何してるの？」と訊くと母親は「お馬さんごっこしてたのよ」と答えた。その時，自分のペニスも勃起しており，それを母親が見つけて「こんなところ覗いちゃ駄目。Kチャンの大きくなったオチンチンもらっちゃおうかな」といった。「お父さんのがあるでしょ」というと母親は「お父さんのはもうもらっちゃったもん」と

いった。母親からペニスを取られると思い，恐ろしくなったという。泣きそうな顔をしていると，初めて「どうしたの？」と母親が訊いた。「眠れない」と答えると「明日から幼稚園だからね，一緒に寝よう」といってパジャマを着て一緒に寝てくれた。その時，母親は少し膨れた腹に手を当てさせて「赤ちゃんがいるんだよ」といっていた。その言葉とともに見てはいけないものを見た，知ってはいけないものを知ったという漠然とした罪悪感を抱いた。

性について関心を抱くことを極力避けようとしてきたし，思春期にも性的な話題になると漠然と罪悪感を抱いて，皆の話に入って行けなかった。高専の時に始めて女性と付き合ったが，キスをした時に勃起し射精したことを相手に知られたくなかったし，いけないことだという気持ちになった。周囲からはせっかくのチャンスをどうしてとさんざんいわれた。性的なことから離れている方が安心で，就職後も仕事に没頭してきた。妻と知り合ってから，妻の方から積極的にセックスに誘われた。色々教えられたが，フェラチオと騎乗位はその時から苦手だったという。親のセックスを見たのと関係があるのかという（半分以上わかっている！）。フェラチオや騎乗位の際，去勢不安を呼び起こし易くなっているが，その原因になっている可能性があることを指摘すると，やはりそうかと納得する。本人が苦手な状況を問うと，やはりフェラチオと騎乗位と答え，それ以外には思いつかないという。一番安心できる体位を訊くと正常位というため，正常位で試みることはできるかと訊くと，わからないが，嫌とは感じないといってセッションを終了した。

X年4月下旬（5回目，最終回）

妻とセックスできるようになったという。前回治療後，帰ってすぐに自分の方から妻に騎乗位とフェラチオが苦手で，それを要求しないように話せた。その夜久しぶりに正常位でセックスをしてうまくいった。その後も，正常位を基本として，妻も本人の嫌がることは要求せず，特に嫌悪感も抱かずにセックスができているという。多い時は連日に及ぶようになり，自信も出てきたという。

まだ，色々訊きたいことがあるという治療者の姿勢には理解を示しながらも，謝辞とともに治療の終結を申し出たため，問題があれば必ず受診することとして，一旦終結とした。

考　察

短期精神療法により改善した男性性嫌悪障害の治療経過を報告した。診断的には次のように，DSM-Ⅳ-TRの性嫌悪障害に当てはまるものと考える。

A. 性的伴侶との性的接触のすべて（または，ほとんどすべて）を，持続的または反復的に極端に嫌悪し回避すること

B. その障害によって著しい苦痛，または対人関係上の困難が生じている

C. 性機能の不全は，他のⅠ軸障害（他の性機能不全を除く）ではうまく説明できない

この症例では，幼児期に原光景体験があり，両親の騎乗位の姿を見た。その際に母親から去勢不安を生じさせる言動があった。この幼児体験を元に，性に対しての罪悪感を生じるようになり，思春期の性体験が頓挫したと見ることもできる。結婚してからも，性生活に抵抗がありながら，妻にリードされるままになっていたと思われるが，妻の妊娠，騎乗位，

流産の流れは，まさに原光景体験を再現させるものであり，罪悪感～去勢不安を生じさせ，性嫌悪障害に陥っていたものと考えられる。

フロイト流にいえば，去勢不安を抱く男性は，女性の腟に歯が生えていて，挿入するとペニスを食いちぎられるイメージを持つという。そのような意味では，極めて古典的な症例であるともいえる。しかし，実際には本人のエディプスコンプレックスがどのように形成され，どのように克服されたか（されなかったか）について，また，両親との関係が，本人と妻との間で再現されてきたのではないかという疑いをも抱かせる。それらが，十分明らかになっていない段階で治療終結に至ってしまったことは，極めて残念であった。これは，クライエントの中で，原光景体験に関してこれ以上治療的に立ち入られることが苦痛であると感じ，性嫌悪障害の症状が消失することで治療から逃避したとも考えられる。そうであれば「健康への逃避」ということができよう。

治療者は，治療当初は認知行動療法的アプローチを考え，認知の修正とセンセート・フォーカス・テクニックなどを中心に考えていた。しかし，予想より早く原光景体験が想起されてしまい，治療者の思惑とは異なった治療経過を辿ったものである。治療経過で注目すべきは，第2回と第3回のセッションの差である。第2回ではまだ力点は妻の流産に対する自分の責任であり，その罪悪感からセックスができなくなっていると理解している。そこで治療者は介入し，流産の責任が全て自分にあるとまで考えなくともよいのではないかと，認知の歪みの修正を試みた。そのためか，第3回では力点が明らかに騎乗位に移っていた。そこから去勢不安が意識され，原光景体験の想起に結びついたと考えられる。

性治療としては，症状の改善に至り，短期精神療法で改善したかに見えるが，今後，性障害以外の領域で何らかの不適応を起こす可能性もあり，治療者としては不全感の残る治療経過となった。

参考文献

1) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4th ed.,Text Revision。American Psychiatric Association. Washington.D.C., 2000（高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳：DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版。医学書院，東京，2004）
2) 阿部輝夫：セックスレスの精神医学，筑摩書房，東京，2004
3) 日本性科学会監修：セックス・カウンセリング入門（改訂第2版），金原出版，東京，2005

症　例

窃視症の1例

Voyeurism: A case report

池田クリニック
池田　稔，池田　景子
IKEDA Minoru, IKEDA Keiko
Ikeda Clinic

緒　言

パラフィリア (paraphilia，性嗜好障害) とは，性的興奮のために尋常でないイメージや行為が不可欠である病態を指し[1]，なかでも性的対象がその行為に同意していない小児性愛や露出症，窃触症などは性犯罪につながる。

私たちは，パラフィリアのひとつである窃視症の1例を経験したので，その治療経過を報告する。

症　例

患者　25歳男性 (大学院生)

主訴　のぞき見という性嗜好の治療

家族歴・既往歴　特記することはない

現病歴　とくにきっかけとなるエピソードはないが，中学生の頃よりのぞき見の性嗜好があった。好みの女性に対してのぞきたいという衝動が起こると，すべての意識はそこに集中し，達成するための方法を考え，実行してしまうという。若い女性の着替えや下着姿をのぞき見する行為に，反社会的行為を行っているという罪悪感とも相まって非常に強い興奮を覚え，このときに行うマスターベーションでもっとも高い性的満足感を得ていた。一方，のぞき部屋やストリップなどの性風俗店で女性の裸体をみる行為は，それが見られることを意識している女性であることから，それほどの興奮を覚えることはなく，自室でのマスターベーションや合意の性行為を行っても，同様の満足感が得られることはなかった。なお，今まで対象女性をレイプしようと思ったことはなく，また，見知らぬ人に性器を露出したこともなかった。

患者は現在大学院生であり，将来は社会的に認められる仕事をしたいという希望を持っているが，のぞき見により過去2回警察で事情聴取を受けていた。このままのぞき見を続ければ人生を棒に振る恐れがあり，そうはなりたくないと思っていたところ，2004年11月に発生した奈良小1女児誘拐殺害事件について特集した新聞記事のなかで性犯罪再犯防止策として化学的去勢の方法があることを知った。そこで某大学病院精神科を受診したが，精神科的異常はなく，治療法もないと診断された。その後も複数の医療機関を受診したが，同様の診断で思うような治療が受けられないといったなかで，2005年5月

当クリニックを受診した。

現症　陰茎・陰毛の発育や精巣の大きさ・硬度は正常範囲。前立腺は触診上正常大で，圧痛は認めなかった。

検査成績　尿検査，血液一般・生化学検査は異常所見を認めなかった。血清内分泌検査：LH 4.7mIU/ml（基準値0.8～5.7），FSH 5.9mIU/ml（基　準　値2.0～8.3），PRL 10.3ng/ml（基準値3.6～12.8），テストステロン 356ng/dl（基準値225～1039），DHEA-S 4792ng/ml（基準値1600～5650）。

治療経過　以上より，窃視症と診断した。効果と副作用を説明し了承を得た後，まず抗アンドロゲン剤chlormadinone acetate 50mg/dayの内服を行ったところ，テストステロンは138ng/dlに抑制され，性欲も減少したが，のぞき見の衝動は時折起きていた。そこで選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）fluvoxamine 25mg/dayを追加してみると衝動は消失した。治療開始後1年10か月の時点では，衝動に振り回されることなく勉学にいそしむことができ，患者は「清々しい気分」と表現し，現況に満足している（その後大学院を卒業し，就職のため転居した）。

考　察

パラフィリア（性嗜好障害）は，具体的には露出症（性器の暴露），フェティシズム（生命のない対象物の使用），窃触症（同意していない人に触ったり体をこすりつけたりすること），小児性愛（思春期前の小児に対する関心），性的マゾヒズム（辱めまたは苦痛を受ける），性的サディズム（辱めまたは苦痛を与える），服装倒錯的フェティシズム（異性の服装をする），窃視症（性的活動をみる）が挙げられており，さらに，特定不能のパラフィリアとして，電話わいせつ（電話をしてみだらなことを言うこと），死体愛（死体），部分性愛（身体の一部だけに関心が集中する），獣愛（動物），糞便愛（大便），浣腸愛（浣腸），小便愛（尿）が例として挙げられている[2]。

人間の性行動の正常・異常を明確に二分することは難しいが，これらパラフィリアのなかで，フェティシズム，性的マゾヒズム，服装倒錯的フェティシズムなどでは，たとえ行動に移しても，本人に苦悩や障害がない限りは精神疾患とはみなされない。一方，小児性愛，窃視症，露出症，窃触症，性的サディズム（同意してない相手に対して）では行動に移せば，本人の苦悩や障害の有無に関係なく，それぞれ精神疾患として診断が下される[2]。すなわち，自験例は窃視症と診断でき，治療対象の精神疾患であると考えられる（表1）。

表1　窃視症の診断基準（DSM-Ⅳ-TR）

基準A： 少なくとも6か月間にわたり，警戒していない人の裸，衣服を脱ぐ行為，または性行為を行っているのを見るという行為に関する，強烈な性的に興奮する空想，性的衝動，または行動が反復する 基準B： その人が性的衝動を行動に移している，またはその性的衝動や空想のために，著しい苦痛または対人関係上の困難が生じている

DSM：米国精神医学会精神疾患の診断・統計マニュアル[2]

その人の性嗜好がパラフィリアの範疇に入っていても，本人に違和感がない限り，医療機関を受診することは稀であり，実際受診に至るのは，その性嗜好がパートナーとの関

係において，あるいは社会との間で葛藤を引き起こしている場合である[1]。自験例においても，社会生活を送る上でのぞき見という性嗜好を何とかしたいとの希望を持っていたが，どうして良いかわからないといった状況の中で，たまたま目にした新聞記事をきっかけに医療機関を受診した。小児性愛，窃視症，露出症，窃触症，性的サディズムは行動化すれば性犯罪であり，治療対象の精神疾患になる。そして，これらの人々に最初に対応する機会は警察関係者が多いことを考えれば，警察と医療機関の連携が重要になってくる。治療対象の疾患であるという示唆を与え，医療機関受診へ誘導することは，再犯防止の上で，また，社会との葛藤を早期に解決するためにもすすめるべきひとつの方法と思われる。

治療法は，精神療法や薬物療法が行われる。パラフィリアの性的行動の背景に，うまく告白できない，交際できないといった求愛障害が隠れていることがあり，また，特に窃視症では，「人の裸を見たいと思うのは当然だ」，「見られたいからカーテンを開けていたのだ」などの認知の歪みが見られ，これらを精神療法で是正していくことが治療目標のひとつになる。しかし，性犯罪につながるタイプのパラフィリアには，性衝動の強さそのものを抑制するための抗アンドロゲン剤[3), 4), 5), 6)]や，衝動性，強迫性を改善するための選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）[7), 8)]の併用が行われる場合がある。

各種薬剤の治療報告を基にHillら[7)]はパラフィリアに対する薬物療法のアルゴリズムを提唱している。まず，強烈で逸脱した性的空想，性的衝動をもち，性犯罪の危険性のある例をmildとし，精神療法とSSRI投与を行う。とくに，露出症やフェティシズムなど，結果がそれほど悲惨ではないと考えられる例がよい対象になる。つぎに，前治療が不十分であった場合や，性犯罪の危険性がより高いと考えられる例をmoderateとし，このグループには精神療法と酢酸シプロテロン（CPA cyproterone acetate）または酢酸メドロキシプロゲステロン（MPA medroxyprogesterone acetate）投与を行う。とくに，よりいっそう衝動的，攻撃的な気質をもつ例や，小児性愛，性的サディズムなどのより悲惨な性犯罪の危険性が高いパラフィリアが対象になる。以上の治療が不十分であった例をsevereとし，精神療法とLH-RHアゴニスト投与を行うというものである。なお，最近ではmoderateグループでも，より副作用が少なく，3か月毎の投与で効果を維持できるLH-RHアナログを使うことが多くなっている。

自験例では，残念なことに複数の精神科医療機関で異常はなく，治療の対象でもないと言われていた。そのため，泌尿器科的な考えから，まず抗アンドロゲン剤によりテストステロンを低下させて性欲を抑制することを試みた。しかし，以前より頻度は少なくなったとはいえ，のぞきたいという衝動が起こっていた。そこで友人精神科医のアドバイスにより抗アンドロゲン剤にSSRIを併用したところ，衝動が消失したというのが実情である。

性犯罪を引き起こす原因は明らかではないが，その多くはパラフィリアという精神疾患と関連が深く，薬物療法により異常な性衝動を抑制して，再犯を抑止できる可能性がある。しかし，例えば奈良小1女児誘拐殺害事件の犯人K.K.は，殺害事件の前に小児わいせつで逮捕歴があり，この時小児性愛と診断

されている[9]。また，自殺サイト連続殺人事件の犯人H.M.（フェティシズム・性的サディズムと診断）も，その前兆の傷害事件を起こした際，自ら去勢を求めて医療機関を受診している[10]が，いずれも薬物療法は行われていなかった。

性犯罪再犯防止，とくに凶悪な犯罪へと発展することを抑止するために，パラフィリアに対する医学的治療の積極的な活用を考慮すべきである。

結　語

窃視症の1例を報告し，若干の文献的考察を付け加えた。

（本論文の要旨は，日本泌尿器科学会第175回熊本地方会，第44回日本犯罪心理学会において発表した。）

参考文献

1) 針間克己：パラフィリア．ペリネイタルケア 223-226, 1998.
2) 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸（訳）：DSM-Ⅳ-TR　精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，541-551, 2004.
3) Federoff JP et al.: Medroxyprogesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders: rate of relapse in paraphilic men treated in long term group psychotherapy with or without medroxyprogesterone acetate. J Offender Rehabil 18: 109-123, 1992.
4) Meyer WJ et al.: Depo Provera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. Bull Am Acad Psych Law 20: 249-259, 1992.
5) Rosler A, Witzum E: Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. Behav Sci Law 18: 43-56, 2000.
6) Briken P: Pharmacotherapy of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. Arch Gen Psych 59: 469-470, 2002.
7) Hill A et al.: Differential Pharmacological Treatment of Paraphilias and Sex Offenders. Int J Offender Therapy Comp Criminol 47: 407-421, 2003.
8) Greenberg DM et al.: A controlled study of the treatment of paraphilia disorders with selective serotonin inhibitors. Paper presented at the annual meeting of the Canadian Acad Psych Law, Tremblay, Quebec, 1996.
9) 奈良新聞　小一女児誘拐殺害事件詳報より
10) 大阪地方裁判所　平成17年（わ）第4843号2006年1月26日被告人質問より

特別企画

連載　看護と性　その2－血液がんとセクシュアリティ

東京慈恵会医科大学医学部看護学
渡邊　知映

1. はじめに

白血病や悪性リンパ腫といった血液疾患の治療における造血幹細胞移植の進歩は目覚しく，患者の生命予後は改善されてきている。それに伴って，血液疾患の臨床の場において生命予後に影響を及ぼす合併症だけでなく，移植後のQOLを向上させるための看護のあり方が大きな課題になってきた。抗癌剤や放射線は卵巣や精巣を直接的に傷害し，性腺機能障害を生じさせることが明らかになっており，セクシュアリティに関する問題は特に若年期の患者やその家族にとって重要な課題である。これについては，残念なことに実際に臨床の場において語られることは少なかった。患者側は贅沢な悩みと感じて，相談するのを遠慮したり，医療者側もどのように相談に乗ればよいのか分からず，問題を潜在化させていたとも考えられる。本稿では造血幹細胞移植に焦点をあて，移植が患者のセクシュアリティに及ぼす影響について概説した上で，治療過程における看護のあり方について述べて。

2. 造血幹細胞移植と妊孕性

造血幹細胞移植後には高頻度で妊孕性を失うことになる。移植後の妊孕性の回復には性別や移植時の年齢，前処置の内容特にTBI（放射線全身照射：total body irradiation:以下 TBI）の有無，治療期間などの関連が明らかになっている[1]。造血幹細胞移植の対象患者は若年者が多く，移植という治療法を選択することは同時に不妊となるリスクを突きつけられることでもあるため，当事者やその家族にとっては切実な問題である。現在，治療前に妊孕性を保存する方法として，パートナーがいる場合は受精卵の凍結保存，パートナーがいない場合は，男性は精子凍結保存，女性は未受精卵子の凍結保存などが試みられている[2]。精子凍結保存以外の方法は，現時点では患者の状況や治療との兼ね合いからも適応が難しく，不妊に関する情報提供のあり方やその後の精神的・社会的支援のあり方については十分に検討する必要がある[3]。子どもを持つことや家族観は個人によって多様であるが，若年期の患者の中には不妊を理由に治療後の恋愛や結婚に前向きになれないケースも多い。若い患者が不妊という辛いリスクをtrade-offしながら移植に臨んでいることを医療者は十分に理解する必要がある。

3. 造血幹細胞移植後の性生活

筆者らが行った造血幹細胞移植後の女性への聞き取り調査[4]から移植後の女性は，高

い割合で性交痛を伴っていることが明らかになった。卵巣機能不全によるエストロゲンの低下だけでなく，TBIや慢性GVHD（移植片対宿主病：graft versus host disease: 以下GVHD）の影響によって腟粘膜の炎症や狭窄を伴っている場合もある。また，移植に伴う脱毛や急激な体重減少などの外見的変化によって自己の性的魅力に自信を失うことや，移植後の倦怠感や精神的ストレスなどが性欲低下に影響を及ぼすと考えられる。

性交痛には，市販されている水溶性の腟潤滑ゼリーを使用することが痛みの緩和に有効である。油性のローションは性交後に細菌の温床となりやすく，感染のリスクが高まるため勧めない。ペニスの挿入時に強い性交痛を訴える場合は，前述したような移植関連の腟腔内の器質的変化を伴っていないか確認する必要がある。移植後は性交痛だけでなく，ホットフラッシュや急な発汗などのエストロゲン欠落症状を呈する場合も多いため，ホルモン補充療法の適応も含めて，移植後早期からの婦人科との連携が望まれる。

男性の場合は精巣内のLeydig細胞は抗がん剤の影響を受けにくいため，造精能は失われても，テストステロンの値は正常である場合が多い。このことから，移植後の性欲や性機能障害は少ないと考えられていたが，移植後の男性の調査からは約3割程度に勃起障害を認めたという報告がされている[5), 6)]。ホルモン量が正常であっても，移植後の精神的なストレスや体力の減退によって性欲の低下や勃起障害が起こる可能性もある。また，治療薬やTBIによる神経障害の影響も考えられる。しかし，男性の場合これらの症状は一過性であることが多い。

4. 臨床における具体的な支援のあり方

1) 治療開始前からの支援

まず，化学療法が予定されたら，治療開始から終了までの期間はコンドームを用いて避妊することを説明する。化学療法に伴って骨髄抑制が起こり，感染と出血のリスクがある時期は性生活には特に注意が必要であることを伝える。具体的には，ペニスや腟粘膜を傷つけないように注意すること，性交前後の清潔の保持などを指導する。

2) 造血幹細胞移植後の包括的な支援

化学療法とセクシュアリティに関する情報は限られており，現場の医師や看護師からはいつ，どのように情報提供すればよいのか分からないといった意見が多く聞かれる。また，当事者からも移植後の生活の広がりとともに疑問がわいても，外来では誰に相談すればよいか分からないといった声を聞き，筆者らは化学療法とセクシュアリティに関する小冊子「化学療法を受ける大切なあなたへ そしてあなたの大切な人へ」[7)]を作成した。現在，多くのがんの臨床現場で医療者－患者間のコミュニケーションの一助として活用していただいている。

セクシュアリティの問題は，移植後早期よりもGVHDの影響も落ち着き，生活の範囲が広がりを見せてから顕在化する場合が多い。退院前には基本的な情報提供を行うとともに，退院後であっても性生活に関する相談にいつでものることができる窓口を確保することが望ましい。移植後の外来では，血液内科医は退院後の生活の一部として性的な問題についても必ず問診し，必要に応じて泌尿器科や婦人科など専門医やセックスカウ

ンセリングなどを紹介する用意があることを伝える。

セクシュアリティの問題は，最終的には患者とそのパートナーがコミュニケーションを深め，自分たちで答えを見出してゆくことでしか解決できない問題である。長く連れ添った夫婦であっても性生活上の問題を話し合うことに抵抗感を持っていることも多く，パートナーに対する支援も必要になるであろう。医療者は専門的知識を与えることを先行させがちだが，共感的態度で傾聴しながら，気長に問題の解決過程に寄り添う姿勢が重要であると考える。

引用文献

1) Sanders J E. Growth and development after hematopoietic cell transplantation. Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation 3rd ed. Blume K G, Forman S F, Appelbaum F R, Blackwell Publishing; 929-943, 2004
2) Lee SJ, Schover LR, Partridge AH et al American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. J Clin Oncol. 24 (18): 2917-31. 2006
3) 渡邊知映，高橋都，甲斐一郎　化学療法後の性腺機能障害への血液内科医の意識と情報提供の実態に関する全国調査　癌と化学療法
4) 森令子，渡邊知映　造血細胞移植が女性の性生活に与える影響に関する質的研究 第28回日本造血細胞移植学会総会抄録集 217. 2006
5) Syrjala KL, Roth-Roemer SL, Abrams JR et al. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. J Clin Oncol. 16(9): 3148-57. 1998
6) Molassiotis A, Akker OB, Milligan DW et al. Gonadal function and psychosexual adjustment in male long-term survivors of bone marrow transplantation. Bone Marrow Transplant. 16(2): 253-9. 1995
7) 神田善伸　渡邊知映著　小冊子「化学療法をうける大切なあなたへ　そしてあなたの大切な人へ」

特別企画

HPV感染と子宮頚癌のケース研究

千葉大学
武田　敏

Ⅰ．子宮頚癌で母親の婚外性交が疑われた例

高校の保健体育を教えるA氏は校長室に呼出されて注意を受けることになった。「熱心に新しいことを勉強し生徒に教えるのはよいことだが，家庭のトラブルを起こしては困る。今後新情報を取捨選択して，このようなことのないように」

大学を卒業して高校に就職4年目のA氏は体育部活の指導だけでなく，保健の授業研究にも力を入れ，研修会を受講している。性感染症とAIDSに関する講演で「思春期に一番多いSTIはクラミヂア感染症よりもHPVで，それが子宮頚癌の原因となるので重大だ」という新知識を学んだ。保健の授業でこれを話したことが発端である。「女性のガンがセックスで移る」というショッキングなイメージでこれを聞いた生徒が少なくなかったらしい。その中に母親が最近癌検診で子宮(頚)癌と診断され治療を受けたケースがあった。「お父さんは異常ないんだから，他の男から性病をもらって来たのだろう」と母親をなじった。家庭騒動に発展し，母親が校長に文句を言って来た，というわけである。

Ⅱ．新しくHPV感染予防教育の内容を検討する

従来，高校保健の授業で扱わなかったHPV感染を，どう取り上げるか？に関し，多様な見解がある。(A) 性感染症で子宮頚癌の原因となる，とそのまま教える　(B) 性感染症ではあるが淋病やAIDSとは異なるタイプの疾患であると教える　(C) 性感染症の分類の中には，当分の間(高校の教科書上は)記入しない。誤解が生まれない社会的知識レベルになってから，教える。医療関係者の間には圧倒的に (A) の意見が強いのに対し，教育関係者には (C) を支持するものが少なくない。何れにしてもHPV感染の正しい知識を教える側の教師に学習してもらうことが肝要であるため，医師向けではなく「高校の保健教師や養護教諭向けの情報」が急がれる。Evidence Basedの教育を尊重する立場で専門家の著文，データや研究資料から重要なものを取り出し，教育関係者と医療専門家が協力し，この事実をどのように高校生に伝えるか，共に考察し，HPV教育の線を出すことが必要である。

本稿はケース研究で誌面に限りがあるのでHPV感染と子宮頚癌の教育問題にとどめ，HPVワクチンの社会教育的問題は別稿で

扱うことにする。

Ⅲ．参考とする医学的報告

先ずノーベル賞受賞者Zur Hausen[1]はHPVについて以下のように解説している。HPVはパポバウイルス科に属する小型DNAウイルスである。Human Papilloma Virus 人をはじめとする脊椎動物に乳頭腫papillomaをつくるウイルスで，皮膚の疣贅（いぼ）や性器の良性腫瘍（尖型コンヂローマ）や悪性腫瘍（子宮頸癌）をつくるもの等がある。ハイリスクHPVの遺伝子産物E6，E7等が，人体の癌抑制遺伝子p53，Rbと結合し，その抑制機能を障害する結果として（間接的に）癌化をもたらす，としている。

井上[2]によればHPVは性行為の摩擦による微小の傷から膣粘膜の扁平上皮基底細胞に侵入し，細胞内で増殖する。感染が継続するものは約10％で，残りの90％はウイルスが自然消退する。10％の感染継続例の中から一部が前癌病変に進行する。HPVが宿主細胞核DNAに組み込まれ，HPV DNAのE6，E7が癌化の引きがねとなる。井上[2]は性交体験のない女性にはHPV感染は認められない，性体験のある女性では約10％がHPV陽性である，と述べている。更に井上の別の論文[3]で，HPVは感染した男性の尿道粘膜で増殖し，尿道から剥離する細胞が多数精液中に存在していると認め，性行為感染させることを「HPV感染女性の配偶者の精液検査」で実証している。

笹川[4]は井上との協同研究で，外来を受診した15～19才の患者の半数以上，20～24才の36％に高リスクHPV感染があることを認めた。Lorincz A.Z.[5]他はHPVの16，18，31，33，35，52，58型等はハイリスク型，6，11型等はローリスク型と分類した。

Winer R.L.[6]は，コホート研究によりHPVの型が癌化有無を左右すること及び次の諸因子が，感染後癌化への危険因子であるとした。(a) 喫煙　(b) 性パートナーの数が多い　(c) 経口避妊薬常用　(d) 他の性感染症にも感染　(e) 慢性の性器炎症症状を伴う　(f) 免疫抑制状態（特にAIDS，癌による免疫低下も）　(g) 経産回数の多いこと　を挙げている。

沖[7]も同類のコホート研究により，HPV感染を持続させる因子と持続感染が癌化する因子に分けた。前者，後者に共通する因子はWinerと同じくHPVの型によるもの，前者のみに認められるのは (a) 性パートナー数が4人以上　(b) 喫煙　(c) クラミヂア抗体陽性，であった。20代のHPV感染者は感染率が著しく高いが，1年数ヵ月の間に消失する率も高いと報告した。石[8]は子宮頸部前癌病変CINのHPV感染を検査し，その進行度とHPVハイリスク，ローリスク型の関連を以下のように発表した。CIN Ⅰではハイ 82.9％，ロー 19.1％，CIN Ⅱではハイ 93.8％，ロー ゼロ，CIN Ⅲではハイ 95.2％，ロー ゼロであった。

Ⅳ．クラミヂアの調査データから推測される危惧

我が国でHPV感染率の調査は，外来患者や集団検診受診希望者を対象としたもので，現実に若者の何％が感染しているか把握するデータは未だ得られていない。そこでHPV感染を推測する参考としてクラミヂア調査成績を引用する。今井[9]は高校生5598

名を対象に早朝初尿検体をPCR法により，クラミヂア感染スクリーニングを実施した。男2668，女2930名，性交体験者は男827(31.0％)，女1270名(43.3％)と高率である。男のクラミヂア陽性率6.7％，女13.1％で後者に高く，初交年令が14才以下の早期体験女子では陽性率17.9％を示した。コンドームを常用していると回答した男子では感染率1.3％と低率で使用効果が認められた。高校生レベルではSTI予防のコンドーム指導を保健センター等の機関で積極的に行って欲しい。

諸外国でも同類のクラミヂア調査が行われているが，米国のカリフォルニア州女子高校生3.9％(2003年)，スウェーデンのウプスラ女子高校生2.1％(1994年)と比較し，上記の我が国の感染率は高率で重大である。HPV感染もクラミヂア感染も性交による感染後かなり長期にわたって無症状で，その一部が後に発症，重大な疾病を起こす可能性があることで共通している。東京都性教育研究団体連合会の調査で高3の性交体験率は男37.3％，女45.6％(2002年)と報告されている。HPVの感染が今後若年子宮頚癌の急増をもたらすことが危惧される。

V．子宮頚癌対策のニーズ

日本で毎年8,000人以上の子宮頚部浸潤癌新規患者(上皮内癌を含めれば12,000人以上)が発生し，2,400人が死亡している。女性の罹る癌で，乳癌に次いで多い。特に20代後半から30代前半にかけて最近増加している。若年化は初交年令の低下に，その原因があると考えられる。欧米の子宮頚癌検診受診率は70～80％であるのに対し，我が国の受診率は市町村で行っている検診が20％台，個人的に近隣の婦人科医で検診を受けている者を加えても30～40％で，世界レベルに比較し遅れをとっている。特に20代は5％以下，30代は10％以下の低い受診率で，実態がよく啓発されていないことが問題である。他臓器の癌よりも，有効で負担の少ない検診法(細胞診)があり，早期に発見し治療すれば100％治癒が可能であるにもかかわらず，多くの貴い生命が失われていることは残念である。

Ⅵ．考　察

以上諸文献を参照して(1)思春期性行動の活発化によるHPV感染の拡大　(2)ハイリスクHPV感染が子宮頚癌発生の不可欠条件(例外は稀)　(3)HPV感染後，自然消退する例が多いが，感染を継続させる因子(多数の性パートナー，喫煙，複数の性感染症感染，ピルの常用等)に注目し予防に役立てる。

子宮頚癌の一次予防は今後ワクチンが主役となるがワクチンは，既に性体験してHPVに感染しているケースにはワクチンは無効であるため，二次予防としての細胞診によるスクリーニングが20代から必要度を増している。HPV感染と子宮頚癌予防に関する知識を思春期教育に加えることは不可欠となっている。子宮頚癌を「成人病」とみるために予防対策を怠り，手遅れになることのないよう啓発が望まれる。

先に述べた高校生の保健教育で「HPVには言及しない」という選択肢は採用しないとして，「特殊な性感染症として別枠で扱う」ことにも問題がある。HPV感染の自然史を十分に説明した上でならば評価できるが，「HPV

感染は一生のうち，過半数の人が感染する病」「カゼのように誰でも感染する病」であるからと言うことは感染予防のモチベーションを低下させる。性感染症の病態が多様であることを教える方が妥当である。

本論文の課題にもどって感染予防意識を強化するが「差別偏見は招かないようにする」ことがどうすれば可能か？　葛藤の心理第3類に属する難題である。プラスのバレンスにマイナスのバレンス因子が付属して来るために選択肢として，取れない悩みとされている。これをコンフリクトと考えず，マイナスのバレンスを低下させる方策を考えることがよし，とされる。提示されたケースの場合，「母親が子宮頚癌となり，母親が性行為によってHPVに感染した」とみられること，「父親が異常がなければ母親が婚外性交をしたと判断されること」が非難のポイントとなっている。HPV感染に関し性行為以外の感染ルートもあれば，この指摘は変わるが，血液感染や母子感染，その他の感染は考えられないのでSTIとしての感染は動かし難い。

しかし重大な特性がHPVにはあることを指摘したい。HPVに感染してから子宮頚癌を発病するまでに少なくとも5，6年，普通は10～20年近い期間があること，しかもその間，全く無症状であることに注目したい。この場合，結婚する前の性体験で感染した可能性が高いと知れば，子供の印象は全く異なって来る。事実このケースも「結婚前の別の人との関係で移ったのなら仕方がない。意外と，もてたんだなあ」ということで家族崩壊を免れることができた。保守派に属する成人は別として「成人の婚前性行為に関しては寛大な社会的風潮」で子供達の性意識も，その線に沿っている。しかし，性行為で「妊娠さえしなければよい」ということではなく，「慎重に性行動コントロールする必要があること」も学ばせるべきである。

ケースの対応だけでなく，全体指導としてもHPVの学習は，新知識か，「多様な心理，多様な家庭環境下にある生徒達に及す影響」を配慮したものでありたい。

文　献

(1) Zur Hausen H. Violog. 184. 9. 1991
(2) 井上正樹．臨床検査. 51. 8. 867. 2007
(3) 井上正樹．Inoue M. et al. Lancet. 339. 1114. 1992
(4) Sasagawa T. et al. Jap. J. Cancer R. 83. 705. 1992
(5) Lorincz A.T. Ob & Gy. 79. 328. 1992
(6) Winer R.L. Am. J. Epidemiol. 157. 218. 2003
(7) 沖明典．日産婦誌. 58. 1739. 2006
(8) 石和久．臨床検査. 51. 8. 2007
(9) 今井博久．小児科診察. 8. 23. 1271. 2008
(10) 佐藤武幸．小児科診察. 8. 23. 1261. 2008

特別企画

子宮頚癌とHPV感染，そして性教育

癌研有明病院婦人科
宇津木久仁子

HPV (Human Papilloma Virus) は子宮頚癌の原因である。かつて，子宮頚癌は性交によって感染する疾患として，初交年齢が早い人，パートナーが多い人がなりやすいと言われてきた。このような人が感染の機会が多いのは事実であるが，逆に現在子宮頚癌にかかっている人が必ずその条件をみたしているかというと，そうではないことも事実である。新聞，テレビ，あるいは医学書に，「子宮頚癌は性感染症」というように記載されていると，子宮頚癌に罹患した人は立場に困るであろうことは，以前から容易に推測された。

ところが，最近は変化してきた。「HPVはだれでもかかるウィルス，女性の約8割は一生に一度はかかります。HPVにかかっても自然に消失していくことがほとんどで，持続感染の中から一部が子宮頚癌になることがあります」。そのような市民啓蒙に変わってきている。だれでもかかる可能性があるということで，特別視されなくなるのは望ましいことであり，さらに子宮癌検診の受診者が増えてくれればよいと思っている。

現在HPVの検査ではハイリスクのHPVの有無のみみるものと，HPVのDNA型まで調べるものがある。現在の常識では，性交経験者の約7～8割は一生の間にHPVに感染し，特にハイリスクHPVに持続感染した場合は，10年後くらいに数パーセントが初期癌になるというのが一般的である。なお，今現在HPVに感染している頻度は，性交経験のある健康な女性の約10％といわれる。いつも思うのだが，セクシュアリティに関することは本人しかわからない。また，プライバシーの問題があるので，調査に限度があることを考えると，どれだけ情報が正確なのかわからない。実際，子宮頚癌のほとんどがHPVが原因といわれているが，HPV検査をしてもでないこともあるし，明らかに性交経験のない人での子宮頚癌（特殊型）を経験することがある。女性は性器の形態を考えると性交以外の感染ルートは考えにくい。しかし男性の場合，性交のみで感染するのか，自分の手指などを介して感染することもあるのかどうか，も不明である。

私を受診した患者さんで，このような人がいる。検診をうけて細胞診はクラスIであったが，HPVが陽性であったとのことで紹介されてきた。当科で子宮頚部細胞診を再度採取したところ，クラスI（異常なし），さらにHPVのDNA型を調べたところ，16型がでた。話をじっくり聞いていくと，40代のその女性は13年前に出産したときから，会陰の傷の痛さが原因で性交は一度もしていないという。そうであれば13年以上前からハイリ

スクのHPV16型にずっと感染していても，自然消退もなく，子宮頚癌やその前癌病変となることもなかったわけである。性交に関することは本人しか知らないことであり，私たちの知らない事実もたくさん隠れているはずである。

今後，順調に運べば今年中にHPVワクチンが日本で使用可能になるであろう。まだ，無料投与という状況ではない。いずれ，現在の風疹の予防接種のように，行政で女子の全員投与という日がくるかもしれない。その時に問題となるのは，何才で投与すべきかである。すでに行政による投与を行っている諸外国では9才から11才の投与が多いようである。その時に重要性が増すのが性教育である。なぜなら，どうしてHPVワクチンが必要なのかの説明が必要になるからである。

最近子宮頚癌の若年化が進む背景は，初交の低年齢化がある。2002年の報告で，東京都における女子中学3年生の性交経験率が10%，女子高校3年生の性交経験率は45%といわれる。若年の性交経験に関しては賛否両論であるであろうが，性交に伴う妊娠，また，性感染症などを考えると，自分の価値観が確立し，自分の行動に責任をもてる年齢がふさわしいと，私は考えている。ところが，最近の性の低年齢化の背景に，親が自分の子供の性の低年齢化を容認していることがあると，ファミリー商業雑誌に掲載されていた。たしかに私が診察する30代～40代の女性はすでに，初交年齢が著しく早い人たちが含まれている。この親が自分の子供が同様の行動をとっても，何も思わないであろうことは察しがつく。自分も子供をもつ身としては，まだ，自分の行動に責任をおえないような，本来学業中心であるべき時期に，このような他人との大きな関わりをもつ行動をされては困ると思うのである。年齢に応じた異性との付き合い方があると思う。そう思う反面，見方を変えてみると，有史以来の結婚の歴史では10才～11才くらいで婚姻関係を結んだり，「赤とんぼ」の歌にもあるように15才くらいで結婚するのもしばしばであった。しかし，その場合は，いくら若い初交といっても結婚が前提であったのであろう。今，戒めるべきは，周囲への見栄で，高校生までのうちに初交をすませておかないと恥ずかしいという謝った考えが高校生間に広がってきていることであろう。

子宮頚癌の理解，検診の普及，HPVワクチンの行政による施行の基礎には，性教育に関する再考がある。癌の中でも子宮頚癌は特殊である。それは，他領域の癌のように余命や治療による後遺症が問題となるのみでなく，これから妊娠・出産，幸せな家庭を築きたいという女性に対し，それを不可能にしてしまうという点である。私たちが，子宮頚癌の予防にどのように関わっていくべきか，何ができるかをあらためて考える必要がある。

編 集 後 記

巻頭言では阿部輝夫先生がインフルエンザのパンデミックをとりあげ，性感染症AIDSパンデミックとの闘いに言及された。

本号は，菅沼，大川両先生の重厚力作「総説」2本を頂き，本誌も年々充実し，誠に御同慶の至りである。昨年度の学会長菅沼信彦先生の「インターセックスの診断と治療―手術療法を中心として―」会長講演と，性治療研修会で大川玲子先生が御解説頂いている「女性の性反応と性機能障害　研究の歴史と現在」講演内容を総説論文として拝読すると有意義な研修となる。原著論文，石丸径一郎先生「性同一性障害患者の性行動」と佐々木掌子先生他「わが国における性別違和と異性帰属の得点分布―双生児データによる性同一性障害傾向の有症割合―」は欧米と比較し，我が国の性科学研究誌に極めて少ない貴重な領域の研究論文で，今後も継続して発表されることを期待したい。他の1つの原著は山中京子先生「HIV感染症に対するカウンセリング体制の現状および課題に関する研究―中核拠点病院診療医に対するアンケート調査結果を中心に―」で，AIDS関連の研究論文は本誌で発表されていなかったため多彩な研究が読者を啓発してくれる。症例報告は「短期精神療法で改善した男性性嫌悪障害の治療経過」塚田攻先生，「腹腔鏡下性腺摘除術を施行したandrogen insensitivity syndrome (AIS) の1例」小堀善友先生他，「窃視症の1例」池田稔先生他の3本で，それぞれ興味深い。本誌に寄稿する症例論文の増加が望まれる。

特別企画として，「連載　看護と性　その2－血液がんとセクシュアリティ」の他に，性感染症の新しい話題，子宮頚癌とHPV感染について2稿を加えた。

（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（ＪＡＳＣＴ）は引き続き存続し，本会の事業を補完するための活動を行う。ＪＡＳＣＴの役員は本会の役員が兼務する。

第 33 条　本会は，特別の事情がない限り，ＪＡＳＣＴの活動を承継する。

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

第 35 条　本会事務局は，当分の間，ＪＡＳＣＴ事務所に置く。

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

理事選挙管理規程

1. 理事会は選挙管理委員会を設置する。
2. 選出理事は，2年毎に，下記に定める各ブロックの中から選挙により選出する。その総数は10名以内とする。
3. ブロック及びブロック別の理事の定員は次のとおりとする。
   ① 北海道・東北ブロック　1名
   ② 関東・甲信越ブロック　5名
   ③ 東海・北陸ブロック　1名
   ④ 近畿・中国・四国ブロック　2名
   ⑤ 九州・沖縄ブロック　1名
4. 選出理事は，各ブロック毎に，会員5名によって推薦された立候補者の中より，会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は，選挙実施の前年度末において，入会後満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は，選挙実施の前年度末において，会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は，選出理事の決定とともに解散する。

会費規程

(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日以上の会期の場合，1日の出席でも1回と計算する。
         (ロ) 研修会
            日本性科学会の研修会への参加は10単位とする。演者は3単位加算する。この参加単位は，1日以上の会期の場合，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ー上のワープロソフトを使用し，和文原稿は，A 4 版横書き，10.5 ポイント，横 40 字，縦 30 行とし，3.5 インチのフロッピーディスクも同時に提出する。ワープロソフトの種類は問わないが，ワープロ専用機のものは受付けない。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：頁ー頁，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，頁ー頁，発行年次．などとする。

記載例：

1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
2) 日本精神神経学会　性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神経誌　99：553-540，1997.
3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner／Mazel, 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3F　長谷クリニック内
日本性科学会　学会誌編集委員会