

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.31 NO.1 July . 2013

- 巻頭言..... 阿部 輝夫
- 総説 LGBにおける自己概念と経験の不一致
—LGBのメンタルヘルスのアセスメントを目指して—..... 大野 諒太
- 原著 産後4～5ヶ月の女性の性機能と影響要因 今村久美子, 茅島 江子
中高年夫婦のセクシュアリティ 特にセックスレスについて
—2000年調査と2012年調査の比較から— 荒木乳根子, 石田 雅巳, 大川 玲子
金子 和子, 堀口 貞夫, 堀口 雅子
現在の中高齢者の性に関する認識と規範意識 堀口 貞夫, 荒木乳根子, 石田 雅巳
大川 玲子, 金子 和子, 堀口 雅子
男性ホルモン投与中のFemale to Male トランスジェンダー/
性同一性障害者の話声位基本周波数の変化について 正岡 美麻, 坂口 菊恵
針間 克己, 長谷川寿一
射精障害の現状と問題点—早漏と遅漏(射精困難)について— 天野 俊康
不妊治療を経験した母親と経験しなかった母親の子ども数および家族計画に
対する認識の比較 仲村美津枝, 吉永 藍里, 又吉笑美理
崎間 裕美, 儀間 繼子, 小西 清美
大学生の恥ずかしさと心理的安全感の問題に留意した性教育 伊藤 弥生
- 臨床報告 Clinic-Based Sex Education for Adolescent Girls Using Their Visits for
The Purpose of HPV Vaccination..... YASUHI Yasuko, MIYAHARA Harumi
- 編集後記..... A.N.

日本性科学会
Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

近頃の日本語

日本性科学会副理事長 阿部輝夫

アメリカの精神医学会が作っている診断の手引き書DSM-IV-TRが今年10年ぶりにDSM-5に改訂される。ICD-10もこれに伴って来年改訂される予定である。これらの日本語訳が最近話題になっている。Disordersを「障害」から「症」に変えようという動きである。不安障害学会から「不安障害」よりも「不安症」の方が良いという意見が出て、各学会の用語委員会が検討を始めている。すると、気分障害は「気分症」に、睡眠障害は「睡眠症」ということになるのかもしれない。性障害の項目も、勃起障害が「勃起症」に、オルガズム障害は「オルガズム症」に変更になるのか。「症」の元々の意味は「タダしい」に「ヤマイダレ」が付いているので病気のことであるらしい。「障害」の用語が無くなれば、「障害者」扱ひも無くなり、基本的人権も守りやすくなるはずである。このような理に適った日本語訳の変更が行われるならば、時間が経てば間もなく耳に馴染んでくるのだろうと思う。

「言葉は生きています」と言う通り、刻々と変化し続けている。2～3年前まで耳慣れなかった「何々にナリマス」という言い回しもすっかり慣れてしまった。料理屋で「お刺身の盛り合わせにナリマス」と言われ、刺身が出ているのに何に変化するのだろうと思ったことがあった。また、数年前の燕岳での夏山診療で、夜中に医学生が「月と星がヤバイ」と言うので、月と星が衝突でもしそうなかと飛び出してみたら満天の星空で、「ヤバイ」は「スゴイ」ことだということが判った。NHKのアナウンサーも時々耳障りな言い方をする。「何々をゴヨウイしました」などである。用意するのは本人なのだから、丁寧語の「御」は要らないはずで、「用意させて頂きました」が正しい日本語ではないのだろうか。

このようなことを感じるのは、年を取った証拠ではあろうが、なかでも違和感を持っているのは、会話の中で「ウン？ (I beg your pardon?)」と聞き返された時である。親しくもない間柄や年長者に対してなら「エッ？」が常識的ではなからうか。見当もつかない略語や新造語が飛び交う中で、戸惑うことが多い近頃である。

目 次

巻 頭 言	阿部 輝夫	1
総 説 LGBにおける自己概念と経験の不一致 —LGBのメンタルヘルスのアセスメントを目指して—	大野 諒太	3
原 著 産後4～5ヶ月の女性の性機能と影響要因 中高年夫婦のセクシュアリティ 特にセックスレスについて —2000年調査と2012年調査の比較から— …………… 荒木乳根子, 石田 雅巳, 大川 玲子 金子 和子, 堀口 貞夫, 堀口 雅子	今村久美子, 茅島 江子	15 27
現在の中高年者の性に関する認識と規範意識 …………… 堀口 貞夫, 荒木乳根子, 石田 雅巳 大川 玲子, 金子 和子, 堀口 雅子		37
男性ホルモン投与中のFemale to Maleトランスジェンダー/ 性同一性障害者の話声位基本周波数の変化について …………… 正岡 美麻, 坂口 菊恵, 針間 克己, 長谷川寿一		45
射精障害の現状と問題点—早漏と遅漏(射精困難)について—	天野 俊康	55
不妊治療を経験した母親と経験しなかった母親の子ども数および家族計画に 対する認識の比較	…………… 仲村美津枝, 吉永 藍里, 又吉笑美理 崎間 裕美, 儀間 繼子, 小西 清美	65
大学生の恥ずかしさと心理的安全感の問題に留意した性教育	…………… 伊藤 弥生	77
臨床報告 Clinic-Based Sex Education for Adolescent Girls Using Their Visits for The Purpose of HPV Vaccination	…………… YASUHI Yasuko, MIYAHARA Harumi	89
編集後記	…………… A.N.	97
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程	……………	98
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	……………	102
資格認定更新に関する規定	……………	104
投稿規定	……………	106

LGBにおける自己概念と経験の不一致 —LGBのメンタルヘルスのアセスメントを目指して—

東京大学大学院
大野 諒太

Incongruence between self and experience in LGB people —for the purpose of assessment of mental health of LGB—

The University of Tokyo
OHNO Ryota

カール・ロジャーズの理論をもとにすれば、LGBは自己概念と経験の不一致によって心理的不適応になりやすいといえる。そこで本稿ではまず、LGBのアイデンティティ研究をレビューした。それによるとLGBとしてのアイデンティティは以前の直線的な発達モデルではなく、多次元的な視点によって捉えられるように変化しており、統合されているとメンタルヘルスによりよい影響を与えていることが明らかになった。次に、LGBが日常生活と学校教育でどのような経験をしているのかを整理した。LGBは〈こっちの世界〉で仲間と出会える一方で、異性愛者が中心の〈あっちの世界〉では否定的な経験をしながら日常生活を過ごし、また学校教育においても差別やいじめなどの被害を受け、メンタルヘルスに影響が及んでいることが明らかになった。よってLGBのメンタルヘルスは、LGBのアイデンティティの多次元的な発達と、日常や学校教育での様々な経験という2つの視点でアセスメントする必要があるといえる。しかしその介入についての知見はまだなく、今後の研究が待たれる。

According to the theory by Carl Rogers, the psychological maladjustment of LGB people can result from incongruence between self and experience. First, the author reviewed some theories on identity of LGB people. They used to be based on the stage model of identity development in linear manner, but now in multidimensional manner. The results suggested greater identity integration was related to better psychological adjustment. Then, the author described experiences of LGB people in daily life and school life. LGB people can meet their LGB friends in “Our world” like LGB community, on the other hand, they experience negative events in “The other world” which is heterocentric everyday life and they were also victimized by discrimination and bullying in school. Therefore the mental health of LGB people need to be

assessed in terms of identity development in multidimensional manner and how they experienced everyday life and school life. Since little is known about better professional support for LGB people, further research is required.

Keywords : lesbian, gay, bisexual, LGB, incongruence between self and experience, identity

はじめに

カール・ロジャーズ(1902-1987)は、20世紀において最も影響の大きかった心理療法家であり、来談者中心療法の創始者としても知られる。この来談者中心療法では、セラピストとクライアントの関係が治療の成否を分かち要因であることが示されたが、これは他の臨床の各学派においても重要な、本質的な考え方として受け入れられるようになって¹⁾いる。

一方でロジャーズは、自分自身についての認知の仕方に注目して、パーソナリティにおける自己概念の機能について理論を形成している。ロジャーズは、自己と自己概念という用語を互換的に使用しているが²⁾、「自己」という概念は個々の理論体系でかなり異なっているため、本稿では自分自身についての自己観をさす「自己概念」という用語を用いる。

ロジャーズの「自己概念」の特徴は、自ら経験した価値と、他者との相互作用を通して得られた価値などによって自己概念が形成されると考えられているところである³⁾。

この自己理論によると、人は日々の実験の経験を何らかの形で象徴化して表現しているが、自己概念に一致しない経験をすると、意識することを拒否したり歪めて意識してしまい、自己概念に経験を正確に象徴化することができなくなるという⁴⁾。そうして自己

概念と実際の経験の不一致が大きくなると、心理的不適応が生じると考えられている⁵⁾。

こうした自己概念と経験の不一致を生じさせやすい特徴をもつ集団として、レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル(lesbian, gay, and bisexual : LGBと略記)が挙げられるだろう。なぜなら彼(女)らは、見た目では区別できない不可視のマイノリティであり、異性愛が中心の社会では、カミングアウトでもしない限り、異性愛者として扱われることになるからである。つまりLGBは日常の経験を正確に象徴化することができないために、LGBであるという自己概念と、異性愛者を装って象徴化した経験との不一致が大きくなり、慢性的に心理的不適応になっている可能性があるといえる。現在では同性愛は精神障害ではなく⁶⁾、肯定的に考えられるようになってきているが⁷⁾、実際に日高⁸⁾やKuang⁹⁾の研究では、LGBのメンタルヘルスが一般人口よりも低いことが示されている。

そこで本稿では、LGBのメンタルヘルスをアセスメントするために、まずLGBとしてのアイデンティティがどのように発達しているのかについて先行研究をレビューする。そして次に、LGBが実際にどのような経験をしているのかを、日常生活と学校生活に焦点を当てて考察していく。LGBにおける自己概念と経験に注目する視点は、LGBのメンタルヘルスをアセスメントするうえで重要であ

るといえるだろう。

LGBと自己概念

LGBの初期の研究は、LGBとしてのアイデンティティについてテーマにしたものが多かった。「アイデンティティ」はエリクソンのパーソナリティ発達理論において、一個人の社会的位置づけを示す概念であり、「自己概念」とは異なる概念ではある¹⁰⁾。しかし、LGBが自己概念と経験を一致させるためには、LGBとしてのアイデンティティをまずは受け入れていかなければならない。なぜなら、LGBは不可視のマイノリティであり、Goffman¹¹⁾のいうパッシングを行うことによって、スティグマのあるLGBとしてのアイデンティティを受け入れないという選択も可能だからである。しかし、もはや精神障害ではなくなったLGBにとって、ロジャーズのいう、人がその人らしく生きる動機となる実現傾向を促していくためには、LGBとしてのアイデンティティを受け入れ、そして自己概念に統合させていく必要があるといえる。よって、ここではLGBにおける自己概念の前提となるアイデンティティの発達について先行研究をまとめていく。

LGBとしてのアイデンティティの発達モデルとしては、Cass¹²⁾やTroiden¹³⁾がしばしば提示される。段階の数に差があるものの、自分が同性愛的な関心や行動をすることに気づき混乱する「アイデンティティの混乱」の段階、次に同性を好きになる自分を受け入れ、LGBコミュニティにおいて活動をする「アイデンティティの受容」の段階、そして最後にLGBとして生きていくことに満足感を感じる「アイデンティティの統合」の段階といっ

たプロセスを通して発達していく点では共通している。このようにLGBとしてのアイデンティティは段階をふんで発達していくものと考えられた。

しかし最近では、アイデンティティを直線的に発達していくと捉えるモデルから、多次的に発達していくものとする研究が増えてきている¹⁴⁾。Mohrら¹⁵⁾は、より上の段階であることがLGBとしてのアイデンティティが統合されている状態であるという、これまでの理論に疑問を提示し、アイデンティティとは自分の性的指向についての感情や信念も含む多次元的な構成概念であると主張している。

彼はLGBとしてのアイデンティティを多次的にとらえるため、その発達の重要な特徴として3つの変数を挙げている。一つ目は、個人内における変数であり、たとえば内面化したホモフォビアやアイデンティティの混乱などである。二つ目は、人間関係についての変数であり、カミングアウトやLGBコミュニティでの活動をさしている。三つ目は、特定の出来事であり、たとえばLGBに対する暴力の経験、初めてLGBとしてのアイデンティティをもったときからの年数などが考えられている。

Mohrらはこれらの変数を測定しようと、Lesbian and Gay Identity Scale(LGIS)を作った。この改訂版として、Lesbian and Gay and Bisexual Identity Scale(LGBIS)も作成している¹⁶⁾。改訂した尺度では、その対象にバイセクシュアルも含んでいる。

その結果、Acceptance Concerns(アイデンティティの受容:LGBであることがスティグマされたことであると思うかというこ

と), Concealment Motivation (アイデンティティを隠そうとすること: LGBとしてのプライバシーを守ろうとする動機があること), Identity Uncertainty (アイデンティティの混乱: 自分の性的指向を不確かに思うこと), Internalized Homonegativity (内面化したホモネガティビティ: LGBとしてのアイデンティティを拒否すること), Difficult Process (アイデンティティの発達の困難: LGBとしてのアイデンティティの発達を難しいと感じること), Identity Superiority (アイデンティティの優越感: 異性愛者よりもLGBの人々を好むこと), Identity Affirmation (アイデンティティの肯定感: LGBとしてのアイデンティティを肯定的に思うこと), Identity Centrality (アイデンティティの中心性: LGBとしてのアイデンティティを自分全体のアイデンティティの中心であると見なすこと)の8因子を挙げ、多次元的にアセスメントすることを実現した。

こうしたLGBとしてのアイデンティティを多次元的な側面としてとらえたうえで、アイデンティティの統合による心理的適応の影響について研究したものにRosarioら¹⁷⁾の研究がある。この研究では156名のLGBに対して、募集時、6か月後、一年後と3回の構造化インタビューを行って、アイデンティティの多次元的な側面をアセスメントしている。この研究によって横断的にも縦断的にも、アイデンティティがより統合されているほうが、抑うつや不安は小さく、自尊心はより高いことが示された。またLGBとしてのアイデンティティの発達や統合を促していくことが必要であることが示唆されている。

ただこのようにLGBとしてのアイデン

ティティをアセスメントする場合には、性別の違いによるアイデンティティの発達の差異についても考えていく必要がある。Savin-Williamsら¹⁸⁾は、164名のセクシュアル・マイノリティに対して、アイデンティティの発達(初めて同性に魅力を感じたとき、初めて同性と性行動をしたとき、初めて自分をLGBとラベリングしたとき、初めてカミングアウトしたとき)について、性別による違いがあるのかインタビュー調査を行っている。その結果、女性は自分をまずレズビアンとラベリングするが、一方で男性は自分がゲイであるというアイデンティティを持つ前に、同性との性的関係を求めていることが明らかにされた。

性別によってアイデンティティの発達に違いがあるように、レズビアン/ゲイとバイセクシュアルの違いによるアイデンティティの発達の違いも考えられる。Balsamら¹⁹⁾は、バイセクシュアルとレズビアン/ゲイのアイデンティティへの適応について比較している。その結果、バイセクシュアルはレズビアン/ゲイよりも、アイデンティティがより混乱しており、自分の性的指向を伝えることや、LGBコミュニティとのつながりが相対的に少ないことが明らかにされた。またこうしたアイデンティティの混乱は、バイセクシュアルのメンタルヘルスの低下をもたらしていた。

またアイデンティティの流動性という視点も必要であるといえる。Rosarioら²⁰⁾は、LGBとしてのアイデンティティの変化を一年間にわたる縦断研究で調査している。その結果、57%が一貫してレズビアン/ゲイ・アイデンティティをもち、18%がバイセクシ

アル・アイデンティティからレズビアン／ゲイ・アイデンティティに移行し、15%がバイセクシュアル・アイデンティティのままであった。また一貫してレズビアン／ゲイ・アイデンティティを持っているほうが、より同性と性的接触をもち、よりアイデンティティの統合が高いことが示されている。このようにLGBとしてのアイデンティティは変化する可能性もある。

日本でのLGBにおけるアイデンティティについての研究はどうだろうか。石丸²⁰は、民族的マイノリティや障害者とセクシュアル・マイノリティのアイデンティティについて比較している。セクシュアル・マイノリティのアイデンティティは、非常にプライベートな領域に存在しているため、自分と異なるセクシュアル・アイデンティティを持つ異性愛者の家族にカムिंगアウトをして、サポートを得ることが非常に難しいところに特徴があると述べている。

アイデンティティの発達についての研究としては、「混乱期」「混乱から受容へ」「受容期」という3段階のアイデンティティ形成を学生相談の現場でサポートした堀田²⁰があるが、アイデンティティの多次元性にふれた研究は日本にはなく、今後の研究が待たれる。

LGBと経験

次にLGBがどのような経験をしているのかを見ていく。まずはじめにLGBの一般的な日常の経験をまとめる。石丸²⁰はダイアリー法調査による質的分析を用いて、LGBは日常生活において〈あっちの世界〉と〈こっちの世界〉という、あたかも2つの異なる世界を

経験していることを明らかにしている。

〈あっちの世界〉とは異性愛者が多くの割合を占め、異性愛が暗黙の前提となっている世界のこと、ここでLGBは否定的な経験をすることが多い。具体的には、LGBは「異性愛者を装う」「直接的に否定されるやりとり」といった経験をしている。「異性愛者を装う」とは、異性愛を前提としたコミュニケーションに合わせて、LGBである自分を隠して異性愛者であるかのようにふるまう経験である。またLGBに否定的な文脈の話題が出たとき、自分がLGBであることがバレないようについ同調してしまうこともあり、自己否定・自己嫌悪的な感覚を伴うこともあるという。さらに自分は異性愛者であると嘘をつくことによって、周りの人を欺いてしまったという罪悪感も生じさせている。次の「直接的に否定されるやりとり」は、本人の目の前で周囲の人がLGBに対して否定的な言動をすることであり、これはLGBが経験する典型的な出来事であるといえる。こうした経験は、ホモフォビアを内面化していく大きなきっかけになるかもしれない。

Maysら²⁰は、同(両)性愛者と異性愛者に対して4つの項目、すなわち差別に関するこれまでの人生の経験(仕事に雇ってもらえなかったことがある、解雇されたことがあるなど)、毎日の経験(人々が自分のことを同等に扱ってくれないなど)、差別された理由、そしてその心理的影響について調査している。その結果、同(両)性愛者のほうが異性愛者よりも、これまでの人生と毎日の経験の両方において頻繁に差別を受けており、またその差別の約42%に性的指向が関係していることが示された。

Katz-Wiseら²⁵⁾は、LGBが経験した被害について調査した1992年から2009年までの研究についてメタ分析を行っている。その内訳は、LGBでの経験の比較(138の研究)、LGBと異性愛者の経験の比較(65の研究)、そしてLGB内で女性と男性の比較(53の研究)となっており、のべ50万人以上が分析の対象となっている。その結果、差別、物理的攻撃や学校でのいじめといった被害が明らかにされ、またLGBは異性愛者よりも被害を受けることが非常に高いことが示されている。

この「直接的に否定されるやりとり」が、差別、いじめや暴力犯罪などに深刻化すると、PTSDやトラウマ体験につながる。石丸²⁶⁾によると、LGBは、異性愛者に比べて犯罪被害に遭うことが多く、PTSD有病率が高く、PTSD症状が重いことを示している。性別の違いとしては、男性のほうがより被害にあうことが多いが、女性のほうがPTSDを発症したり、症状が重症になることがあるという。

一方〈こっちの世界〉とはLGBである友人と会うこと、LGBサークル・LGBのイベントでの経験、新宿二丁目などのゲイタウンでの経験などである。ここではLGBであることが前提とされたコミュニケーションが行われ、LGBである自分をありのままに表現することができる。具体的な経験としては「LGB同士で楽しくすごす」「LGBの中での違いの認識」が挙げられている。「LGB同士で楽しくすごす」とは、〈あっちの世界〉で異性愛者を装うこととは正反対の経験であり、好きな同性の役者について話すことができたり、自分のセクシュアリティを隠さずにすむ経験である。ただし当たり前であるが〈こっちの世界〉だからといって、全ての経験がLGBに

とってポジティブであるとは限らない。「LGBの中での違いの認識」は、同じセクシュアリティの仲間との出会いであっても、世代などセクシュアリティ以外の部分が異なることによって、全てを共感することができない経験である。また窮屈な〈あっちの世界〉から抜け出してきて楽しめることを期待しているだけに、ネガティブな経験になることがあるという。

LGBはこの他にも、〈あっちの世界〉と〈こっちの世界〉が融合する境界的な経験もしており、石丸はそれを〈2つの世界の間〉と呼んでいる。この境界的な経験のひとつとして「異性愛者からの受容」があるが、これは〈あっちの世界〉において、LGBである自分を異性愛者から受け入れられる経験である。

石丸²⁷⁾はLGBの自尊心について、他者からの受容感という観点から研究をしている。彼は、スティグマをもつマイノリティが自尊感情を維持する方法について、自己防御的特性(偏見帰属、内集団比較、選択的価値づけ)とソシオミーター理論(自尊感情と対人関係における受容感とは密接な関係にあるという理論)をもとに考察している。その結果、他者による受容感から自尊心へ正の影響、自尊心から拒絶不安への負の影響があり、自己全体に関する受容感は自尊心への効果があることが示されている。また他者からの受容感が自尊心に及ぼす影響の大きさについて、LGBと異性愛者で比較すると、その重要性はLGBの方がより大きく、LGBは他者からの受容や排除によって敏感に自尊心を変化させやすいことが示された。

LGBが他者から受容してもらう方法として、カミングアウトがある。このカミングア

ウトによる自尊心への影響について、受容体験を想定させる文章を使った実験的検討を石丸²⁸⁾は行っている。その結果、カミングアウトをしたうえでの受容とカミングアウトしない状態での受容を、自尊心上昇の効果で比べてみると、大きな差がないことが示された。このことについて石丸は、一般的にLGBがカミングアウトする相手とは、今後も関係が続いていくような身近な他者である友人や家族であるが、この実験で設定されたカミングアウトの相手は心理学の実験でたまたまペアになった人であったため、差が出なかったのではないかと考察している。この知見によれば、カミングアウトは、受容される相手によって心理的影響の違いが生じる可能性があるといえ、カミングアウトの相手の違いによる、詳細な研究が待たれる。

友人へのカミングアウトが問題になるとき、その友人が同性愛に対してどのような考えを持っているのかが重要になる。和田²⁹⁾は大学生の同性愛に対する態度の性差を調査したところ、男性の方が女性よりも同性愛についてネガティブなイメージを持ち、男性はレズビアンよりもゲイを嫌悪しており、また男女ともに伝統的なジェンダー・タイプと合致しているほうが、同性愛を好ましく思っていなかったことが明らかになった。しかし、同性愛について知識が多いほど、また同性愛者との接触が多いほど、同性愛を拒否していないことも明らかになった。

またカミングアウトをしたことが、友人の行動や同性愛についての考え方にどのような影響を与えるのかについても調査している。その結果、カミングアウトされた男性は自分が恋愛対象であるかに関わらず相手と

の行動を減らす、ゲイに対してはよりポジティブな考え方を持つようになる。一方、カミングアウトされた女性は自分が恋愛対象でなければ相手との行動を減らすこともなく、またレズビアンについてはよりポジティブなイメージを持つようになることが示された³⁰⁾。

日本では家族へのカミングアウトについて書かれたものとして、『カミングアウト・レターズ』³¹⁾があり、親にLGBである自分を受け入れてもらえることの重要性が述べられている。Bregmanら³²⁾の研究は、LGBである子供が親にカミングアウトしたときの親の回答が、どのような心理的影響を与えるのかを調査した数少ない研究のひとつである。その結果、親にLGBとしてのアイデンティティを拒否されることや、親からセクシュアリティに関するサポートを受けることが、肯定的なアイデンティティの発達に大きく関係していることが示唆された。このように、カミングアウトはLGBとしてのアイデンティティを受容することを可能にしていく経験として考えられる。

次にLGBの経験の中でも、とりわけ重要な学校教育における経験についてみていく。なぜなら、日高ら³³⁾の調査によると、ゲイが自分の性的指向について自覚するのは中学生・高校生の時期であり、この時期により葛藤を抱くからである。前川³⁴⁾もこの時期こそ、学校教育においてLGBについて取りあつかうべきであることを主張している。以下、LGBの学校教育における経験をまとめる。

渡辺³⁵⁾は4人の若年ゲイに対してインタビュー調査を行い、彼らが学校の外で人間関係を求めていることを明らかにしている。

インタビューでは、インターネットを使って同じゲイに会ったり、カミングアウトしていないことに対して罪悪感を覚えたり、学校をサボって泊り歩いたり、自殺を考えたことがあった経験などが語られている。学校での居場所がなくなり疎外感を感じ、学校外への人間関係を求めることにつながっているといえる。

加藤³⁶はライフストーリーのインタビューで、「オカマ」と位置づけられ暴力の対象になった語りを例に、性的指向が同性に向かう同性愛とジェンダー不適應の混同が生じていることを指摘している。このように同性愛とジェンダー不適應の違いを生徒が理解できず、いじめにつながっている可能性も考えられる。

小宮³⁷は学校教育の中に「目に見えない制度」としての異性愛主義が潜在していることを明らかにしている。まず各教科の教科書や教科内容における「隠れたカリキュラム」では異性愛が中心として当たり前のように表現されていることを示し、次に教師が同性愛について否定的な発言していることを指摘している。

LGBの子どもたちへの教育支援のあり方について山田³⁸はアンケートを行っている。このアンケートによって、「子どもたちによる蔑視表現」、「先生や指導者による蔑視表現」を経験したのはそれぞれ全体の64.8%、28.1%、「いじめの対象」になった経験は、38.8%であることが示されている。また「学校にLGB理解者がいない」という回答が全体の41.7%であり、学校教育においてLGBに対するサポートや理解が十分ではないことが明らかにされている。

こうした学校教育におけるLGBの経験は、メンタルヘルスにも影響をもたらしている。Bontempoら³⁹は、学校での被害とメンタルヘルスを危険にさらす行動の関係について、LGBユースと異性愛者ユースを比較している。LGBユースの中でも、学校で被害を受けたものは、タバコやアルコールなどの使用、自殺企図、性的危険行動などが、異性愛者のそれよりもより高いことが示されている。ここでいう学校の被害とは、学校で誰かに脅されたり傷つけられたりする経験や、自分の持ち物を壊されたり盗まれたりする経験や、また学校では安心できないため登校できない経験である。

おわりに

最後に本稿のまとめとして、LGBのメンタルヘルスをアセスメントする上で、重要な2つの視点を挙げたい。

一つ目はLGBとしてのアイデンティティがどれくらい発達し、どのように自己概念に統合しているのか、という視点である。LGBとしてのアイデンティティは、以前は混乱期、受容期、統合期を経て直線的に発達していくことがモデルとして考えられていたが、現在はその多次元性をもとにした発達が注目されはじめている。そのため、LGBとしてのアイデンティティがどのように発達しているのか、多角的にアセスメントする必要があるといえる。

二つ目は、LGB個人が現在までにどのような経験をしてきており、また現在どれぐらいLGBである自分を受容してくれる環境があるのか、という視点である。

LGBは差別や偏見などを受けることが多

い集団であり、その経験がPTSDや過去のトラウマになっている可能性がある。また現在どのような日常生活を送っているのか、つまり〈こっちの世界〉と〈あっちの世界〉をどのくらいの割合で経験しているのかをアセスメントする必要がある。またLGBにとって他者による受容は重要であるため、どれくらい自分を受け入れてもらえる相手がいるのか、またどのくらいカミングアウトできる環境にいるのかをアセスメントしなければならない。

このような2つの視点からLGBのメンタルヘルスをアセスメントし、見立てを立てるときには、その介入方法に十分気をつける必要がある。個人内変数であるホモフォビアやアイデンティティの混乱などに介入する場合には、いわゆる心理療法などを用いていけばよいといえる。一方、対人関係において問題を抱えている場合は、〈あっちの世界〉における対処法は主に回避となってしまう現実的ではないといえるため、まずはじめはLGBコミュニティにリファーして〈こっちの世界〉での経験を増やすように促せばいい。そして可能であるならば、徐々にカミングアウトによって〈あっちの世界〉でも自分のことを受け入れてくれる相手を増やせるようにサポートしていけばよい。また実際に過去に経験した差別や暴力によって傷ついているのであれば、PTSDやトラウマなどの精神障害を視野に入れて介入しなければならないといえるだろう。

本稿では、LGBが異性愛者よりもメンタルヘルスが低いことについて、LGBにおける自己概念と経験という2つの視点でアセスメントをし、介入することを提案した。しか

し、多くのLGB個人が自ら手探りでアイデンティティを発達させている現状の中で、援助専門職による介入がどれほど有効であるのか、またその介入方法の是非については分かっておらず、今後の研究が待たれる。

引用文献

- 1) 保坂亨：ロジャーズの治療理論. 久能・末武・保坂・諸富編：ロジャーズを読む. 岩崎学術出版社. 96-103. 1997.
- 2) Rogers, C.R. : A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In : Koch, S. (ed) : Psychology ; A study of a Science. vol.3. 184-256. 1959. (カール・ロジャーズ：クライアント中心療法の立場から発展したセラピー, パースナリティおよび対人関係の理論. 伊東博(訳) パースナリティ理論. 岩崎学術出版社. 165-278. 1967.)
- 3) 越川房子：自己. 中島義明編：心理学辞典. 323-324. 1999.
- 4) 保坂亨：パーソナリティ理論. 久能・末武・保坂・諸富編：ロジャーズを読む. 岩崎学術出版社. 87-114. 1997.
- 5) Rogers, C.R. : A theory of personality and behavior. Client-centered Therapy, 481-533, 1951.(カール・ロジャーズ：パースナリティと行動についての一理論. 伊東博(訳) パースナリティ理論. 岩崎学術出版社. 89-162. 1967.)
- 6) 稲場雅紀・Douglas C. Kimmel：精神疾患単位としての同性愛：歴史的展望. 精神科診断学. 6(2):157-170, 1995.
- 7) 荻野員也：男性同性愛者からゲイ男性

- へ：ネガティブからアファーマティブへ、
成城コミュニケーション学研究. 1: 29-48.
1999.
- 8) 日高庸晴：ゲイ・バイセクシュアル男性
の異性愛者の役割葛藤と精神的健康に関
する研究. 思春期学. 18(3): 264-272. 2000.
- 9) Kuang, M. F. : Mental health and sexual
orientation of female in Japan: Using the
Internet as a research tool. 心理臨床学研
究. 23(2): 256-260. 2005.
- 10) 宮下一博：アイデンティティ. 中島義明
編：心理学辞典. 4. 1999.
- 11) Goffman, E. STIGMA: Notes on the
Management of Spoiled Identity. Prentice-
Hall. (ゴフマン, E. 石黒毅 (訳) スティグ
マの社会学：傷つけられたアイデンティ
ティ. せりか書房. 1963.)
- 12) Cass, V. C. Homosexual identity formation:
Testing a theoretical model. Journal of
Sex Research. 20: 143-167. 1984.
- 13) Troiden, R. R. : The formation of
homosexual identities. Journal of
Homosexuality. 17 (1-2): 43-73. 1989.
- 14) Michele, E. & Robert S. Shifting sands or
solid foundation? lesbian, gay, bisexual,
and transgender identity formation. In
Ilan, M. & Mary, N eds The health of
sexual minorities. 3-26. Springer. New
York. 2007.
- 15) Mohr, J. & Fassinger, R. Measuring
dimensions of lesbian and gay male
experience. Measurement and Evaluation
in Counseling and Development. 33: 66-
90. 2000.
- 16) Mohr, J. & Kendra, M. Revision and
extension of a multidimensional measure
of sexual minority identity: the lesbian,
gay, and bisexual identity scale. Journal of
Counseling Psychology. 58 (2): 234-245.
2011.
- 17) Rosario, M et al. Different Patterns
of Sexual Identity Development over
Time: Implications for the Psychological
Adjustment of Lesbian, Gay, and Bisexual
Youth. Journal of Sex Research. 48 (1):
3-15. 2011.
- 18) Savin-Williams, R. & Diamond, L. Sexual
identity trajectories among sexual-
minority youths: gender comparisons.
Archives of Sexual Behavior. 29(6): 607-
627. 2000.
- 19) Balsam, K. & Mohr, J. Adaptation to
sexual orientation stigma: a comparison
of bisexual and lesbian/gay adults.
Journal of Counseling Psychology. 54(3):
306-319. 2007.
- 20) Rosario, M et al. Sexual identity
development among lesbian, gay,
bisexual youths: consistency and change
over time. Journal of Sex Research. 43:
46-58. 2006.
- 21) 石丸径一郎：マイノリティ・グループ・
アイデンティティ. 東京大学大学院教育
学研究科紀要. 41: 283-290. 2001.
- 22) 堀田香織：男子大学生の同性愛アイデン
ティティ形成. 学生相談研究. 19(1): 13-
21. 1998.
- 23) 石丸径一郎：同性愛者における他者から
の拒絶と受容. ミネルヴァ書房. 2008.
- 24) Mays, V. & Cochran, S. Mental health

- correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 91(11): 1869-1876. 2001.
- 25) Katz-Wise, S. & Hyde, J. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *Journal of Sex Research*. 49(2-3): 142-167. 2012.
- 26) 石丸径一郎：性的マイノリティとトラウマ。トラウマティック・ストレス。6 (2): 5-12. 2008.
- 27) 石丸径一郎：性的マイノリティにおける自尊心維持—他者からの受容感という観点から。心理学研究。75(3): 191-198. 2004.
- 28) 石丸径一郎：性的マイノリティにおける受容体験と自尊心：カミングアウトの効果に関する実験的検討。コミュニティ心理学研究。9(1): 14-24. 2005.
- 29) 和田実：同性愛に対する態度の性差-同性愛についての知識，同性愛者との接触，およびジェンダー・タイプとの関連。思春期学。26 (3): 322-334. 2008.
- 30) 和田実：大学生の同性愛開示が異性愛友人の行動と同性愛に対する態度に及ぼす影響。心理学研究。81(4): 356-363. 2010.
- 31) 砂川秀樹・RYOJI編：カミングアウト・レターズ。太郎次郎社エディタス。2007.
- 32) Bregman, H et al. Identity Profiles in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: The Role of Family Influence. *Journal of Youth Adolescence*. 42: 417-430. 2013.
- 33) 日高庸晴：ゲイ男性の抱える苦悩(2) 生育歴と自殺未遂。保健師ジャーナル。62 (8): 660-663. 2006.
- 34) 前川直哉：学校での同性愛差別と教師の役割。加藤・渡辺編：セクシュアルマイノリティをめぐる学校教育と支援。開成出版。66-81. 2010.
- 35) 渡辺大輔：若年ゲイ男性の学校内外での関係づくり。教育学研究。72(2): 38-46. 2005.
- 36) 加藤慶：“クイア”な幼少期から高校時代。目白大学総合科学研究。25-34. 2008.
- 37) 小宮明彦：「隠れたカリキュラム」とセクシュアリティ。女子栄養大学栄養科学研究所年報。15: 101-107. 2007.
- 38) 山田公二：「セクシュアル・マイノリティの子どもたちへの教育支援の在り方について」アンケート集計結果。季刊SEXUALITY。36: 92-103. 2008.
- 39) Bontempo, D. & D'augelli, A. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*. 30: 364-374. 2002.

原 著

産後4～5ヶ月の女性の性機能と影響要因

東京慈恵会医科大学第三病院¹⁾

東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻²⁾

今村久美子¹⁾, 茅島 江子²⁾

Female sexual function and influence factors in women 4 to 5 months postpartum

The Jikei University School of Medicine third Hospital¹⁾

The Jikei University Graduate School of Medicine Master's Program in Nursing²⁾

IMAMURA Kumiko¹⁾, KAYASHIMA Kimiko²⁾

産褥期における性機能の回復の実態および性機能に影響する要因の追究を目的とし、2010年6～8月の期間に乳児健診(4ヶ月健診)のために来所した女性を対象に自記式質問紙調査を行った。研究デザインは関連探索型研究であり、測定用具はFSFI(女性の性機能に関する指標 日本語版)、育児不安尺度、出産前後と性生活の状況、個人的背景からなる項目とした。

質問紙の回収数は166名(回収率38.2%)、有効回答数は152名(有効回答率91.6%)であった。平均年齢は32.3±4.6歳で、平均産後週数は18.6±1.9週で、初産婦52名(44.8%)、経産婦64名(55.2%)であった。性交再開者は82名(53.9%)で、平均再開時期は10.0±4.7週であった。FSFIの平均総合点は21.77±5.83点で、【性欲】と【性的興奮】のドメイン得点は他のドメイン得点よりも低かった。FSFI総合得点は、月経が再開し、育児協力があり、身体の調子が良好で、性交再開への心配がなく、育児不安が低い女性の方が有意に高く、性機能が良好であった。

キーワード：女性性機能 産後 育児不安 出産体験

In order to investigate the recovery of sexual function during the postpartum period and factors influencing sexual function, women visiting a clinic for postnatal health checks (four month postnatal health check) between June and August 2010 were asked to fill in a questionnaire form. The research was designed as exploratory research, and the measurement tools used were the Japanese version of the FSFI (Female Sexual Function Index), a child rearing anxiety scale, questions on actual sexual activity before and after childbirth, and questions on the individual's background.

Questionnaires were collected from 166 individuals (response rate of 38.2%). Of these, 152 of

those questionnaires were valid (valid response rate of 91.6%). The average age of respondents was 32.3 ± 4.6 , whereas the average number of weeks since childbirth was 18.6 ± 1.9 weeks. While 52 (44.8%) of respondents had just given birth to their first child, 64 (55.2%) of respondents had already had a child before their latest pregnancy. Eighty two respondents (53.9%) reported resuming sexual relations at a mean time of 10.0 ± 4.7 weeks after birth. The average total score on the FSFI was 21.77 ± 5.83 , while scores in the domains of sexual desire and sexual arousal were lower than in other domains. The total FSFI score was significantly higher and sexual function was better in women who had started menstruating, received help with child rearing, felt well physically, had no concerns over restarting sexual activity, and had low childcare anxiety.

Key words: female sexual function, postpartum, childcare anxiety, experience of childbirth

I. 緒言

妊娠・出産による身体および心理社会的変化は、新たな家族を迎え、親役割を担うことにより夫婦の関係性を強くする一方、性的関係に変化が生じ、夫婦の関係性に危機をもたらす可能性もあるといわれている¹⁾。通常、産後の性交再開は性器の回復状況から6~8週後に行われているといわれているが、近年、3~4ヶ月健診時点でも再開していないカップルが増加している²⁾。

出産後の性機能に影響する身体的な要因としては、産褥期は性ホルモンが減少する、育児による疲労が強いために性欲が減退することが多い³⁾、会陰切開を縫合した後の痛みや不安、月経周期が回復していないために膣分泌が少ないことから性交痛があり、一度試みて痛みはある場合には、しばらく性交をしないことにつながっている⁴⁾、などの報告がある。一方、心理的な要因としては、妻は妊娠・出産によりボディイメージの変化を気になりとしており、お互いに性に関するデリケートな問題を抱え、その問題を伝えていない、理解していない状況にある⁵⁾ともいわれ

ている。

これらから、出産後は性機能に障害が生じやすく、これが長期化し、夫婦の関係性の破綻や親役割の遂行への危機的状況を招く可能性もあると考える。そこで、本研究では、産褥期における性機能の実態および性機能に影響する要因を明らかにし、産後の女性の性機能が順調に回復し、豊かな性生活を送ることができるための支援について考察する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：

量的記述研究デザイン、関連探索型研究

2. 対象：

2010年6~8月までの期間、A市内の保健センター6ヶ所において、乳児健診(4ヶ月健診)のために来所した女性を対象とした。

3. データ収集方法・内容

1) 調査方法

自記式質問紙法を用いて収集した。保健センターに乳児健診(4ヶ月健診)で来所した

女性に、全体に向けてのオリエンテーション時に口頭にて調査の主旨および内容を説明し、研究への協力を依頼した。乳児健診終了後に各個人に依頼文書と質問紙を手渡しした。回答は無記名とし、同封した返信用封筒で郵送にて回収した。

2) 質問紙の内容

- (1) 属性：年齢、産後週数、婚姻状態、仕事の有無、出産回数、家族構成など
- (2) 出産前後の状況：妊娠経過の異常の有無、出産方法、会陰切開・裂傷の有無、出産時の異常の有無、月経の再開の有無と時期、産後の全体的な体調の調子など
- (3) 性生活の状況：性交再開の有無・再開時期、性交再開に関する心配など
- (4) 育児不安10項目⁶⁾

田中の育児不安尺度は、心理ストレス理論に基づき、育児不安は育児に対する脅威的・否定的評価(子どもの育てにくさの評価)の結果生じるとして、牧野の育児不安尺度5項目とChild Rearing Burnout尺度10項目の計15項目の「育児不安尺度」を再構成し、10項目から構成されている。この尺度は、因子分析の結果、信頼性・妥当性・内部一貫性が認められている。これらの項目は、4段階で評価されており、得点が高いほど育児不安が高いことを意味している。本研究においても育児不安の尺度のCronbach α 係数は0.880であり、内的整合性は保たれていた。

- (5) 女性の性機能に関する指標 日本語版札幌医科大学泌尿器科試案⁷⁾

女性の性機能を評価する尺度として、現在、国際的に使われている米国のRosenらが開発したThe Female Sexual Function Index (FSFI)⁸⁾があり、日本語訳した質問紙を使用

した。FSFIは、desire (性欲)、arousal (性的興奮)、lubrication (腔潤滑)、orgasm (オルガズム)、satisfaction (性的満足)、pain (性的疼痛)の6ドメイン、19項目からなる尺度であり、過去4週間の性機能の状態を質問している。頻度、程度、確信、困難、満足について各5件法で構成されており、得点が高い方が、性機能が良いことを示す。点数化においては、各ドメインの点数の単純合計とドメインごとに決められたドメインファクターの積を算出し、それを合計した点数をトータルスコアとする。ドメインファクターは、性欲0.6、性的興奮0.3、腔潤滑0.3、オルガズム0.4、性的満足0.4、性的疼痛0.4である。本研究においてFSFIの尺度のCronbach α 係数は、0.936であり、内的整合性は保たれていた。

4. 分析方法

対象者の背景、出産前後の状況、性生活の状況に関する基本統計、「育児不安」「FSFI」の項目ごとに得点化し、平均得点を各因子の得点とした。各因子の平均値と標準偏差を算出した。基本属性、「育児不安」と「FSFI」6ドメインと総合点の平均値の差を検定した。2群の検定ではt検定、3群の検定には一元配置分散分析を行い、Tukey HSDとGames-Howellで多重比較を行った。分析には統計パッケージSPSS19.0 for Windowsを用いて行い、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究への参加は自由意志に基づくこと、不参加によって不利益は受けないこと、研究結果等の情報を知る権利のあること、プライバ

シーは保護されることを依頼文と質問紙に記し、研究者の連絡先を明記した。依頼書を質問紙と共に手渡し、質問紙の返却をもって本研究への同意が得られたものとした。本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承諾を得た(承認番号22-248)。

Ⅲ. 結果

質問紙は434部を直接配布し、回収数は166名(回収率38.2%)、有効回答数は152名(有効回答率91.6%)であった。

1. 対象者の属性と背景要因

対象者152名の属性を(表1)に表す。平均産後週数は18.6±1.9週で、平均年齢は32.3±

表1 対象の属性(n=152)

年齢	32.3±4.6歳(22~43歳)		
産後週数	18.6±1.9週(12~22)		
婚姻状態	既婚 151人 (99.3%)	未婚 1人 (0.7%)	
仕事の有無	なし 119人 (78.3%)	あり 33人 (21.7%)	
分娩歴	初産婦 52人 (44.8%)	経産婦 64人 (55.2%)	

4.6歳であった。

1) 妊娠・分娩の経過(表2)

分娩様式は、自然分娩が117名(77.0%)と最も多く、次いで帝王切開19名(12.5%)、吸引分娩11名(7.1%)であった。分娩経過は異常なし121名(79.6%)、異常あり31名(20.4%)であった。

2) 出産後の経過(表2)

児への栄養方法は、母乳のみ87名(57.2%)が最も多く、次いで混合栄養44名(28.9%)、人工乳のみ21名(13.9%)であった。月経を再開していない人が107名(70.4%)、再開している人が45名(29.6%)であった。再開している人の平均再開週数は、11.1±4.4週(4週~20週)であった。全体的な体の調子では、「良い」「やや良い」が76名(50%)と多く、次いで普通49名(32.2%)、「やや悪い」「悪い」が27名(17.8%)であった。

3) 性交再開について(表3)

産後に性交再開をしている人は82名(53.9%)で平均性交再開時期は10.0±4.7週(3~20週)であった。性交再開に関しての心配は、心配ありが81名(53.3%)で、心配事の

表2 妊娠・分娩・出産後の経過(n=152)

妊娠中の異常	なし 99 (65.1)	あり 53 (34.9)		
分娩時の異常	なし 121 (79.6)	あり 31 (20.4)		
会陰切開・裂傷の有無	なし 40 (26.3)	あり 112 (73.7)	(内訳) 会陰切開 64 (57.1) 会陰裂傷 43 (38.4) 両方 5 (4.5)	
分娩後の児の入院	なし 140 (92.1)	あり 12 (7.9)		
月経再開	なし 107 (70.4)	あり 45 (29.6)		
分娩様式	自然分娩 117 (77.0)	吸引分娩 11 (7.1)	鉗子分娩 1 (0.7)	帝王切開 19 (12.5)
	その他 4 (2.7)			
会陰部痛の程度	VAS	6.0±2.4		
会陰部痛持続期間	3.0±2.9週 (1~21週)			
授乳方法	母乳 87 (57.2)	混合 44 (28.9)	人工乳 21 (13.9)	
月経再開時期	11.1±4.4 (範囲: 4~20週)			
育児協力者(複数回答)	夫 134 (88.1)	親 58 (38.1)	友人 2 (1.3)	その他 7 (4.6)
育児の協力の程度	かなりある 67 (44.1)	ややある 66 (43.4)	あまりない 17 (11.2)	全くない 2 (1.3)
全体的な身体の調子	良い 57 (37.5)	やや良い 19 (12.5)	普通 49 (32.2)	やや悪い 26 (17.1)
	悪い 1 (0.7)			

表3 性交再開の状況

	あり n (%)	なし n (%)
性交再開 (n=152)	82 (53.9)	70 (46.1)
(内訳) 初産婦 (n=52)	28 (53.8)	24 (46.2)
経産婦 (n=64)	29 (45.3)	35 (54.7)
性交再開の心配	81 (53.3)	71 (46.7)
(内訳) 複数回答	創痛 15 (18.5) 膣のゆるみ 22 (27.1)	傷が開く 7 (8.6) 挿入時の痛み 43 (53.1) その他 6 (7.4)
性交再開者 (n=82)		
再開週数	平均±SD 10.0±4.7週 (範囲：3～20週)	内訳 n (%)： 5～8週 33 (40.3) 9～12週 19 (23.2) 17～20週 11 (13.4) 13～16週 10 (12.1) 3～4週 9 (11)

内容は、挿入時の痛み43名 (53.1%) が最も多く、次いで膣のゆるみ22名 (27.1%)、傷の痛み15名 (18.5%) であった。

4) 育児不安 (図1)

育児不安の平均総合点は23.08±6.35点 (10～37点) であり、初産婦は23.07±5.66、経産婦は21.72±6.66で有意差はなかった。項目別平均値は、「子どものことで、イライラすることがある」が2.54と最も高く、次いで「子どものことでどうしたらよいかわからないときがある」2.52であった。

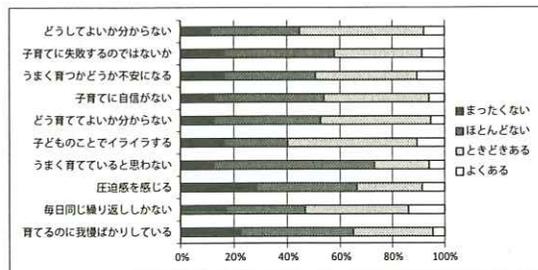


図1 「育児不安」の項目別割合 n=152

2. FSFI

FSFIの平均総合点は21.77±5.83点であった (範囲は9～34.8点)。6ドメインの平均値は、【性的疼痛】が4.47±1.39と最も高く、次いで【腔潤滑】4.23±1.24、【性的満足】4.03±1.23、【オルガズム】3.41±1.4、【性的興奮】3.04

±1.25となり、【性欲】2.57±1.12は最も低かった (表4、図2)。また、FSFI総合点と各ドメインの関連要因は表5の通りである。

表4 性交再開者のFSFI得点 n=82

	平均	標準偏差
性欲	2.57	1.12
1. 性欲：頻度	2.07	0.96
2. 性欲：程度	2.22	1.05
性的興奮	3.04	1.25
3. 性的興奮：頻度	2.43	1.21
4. 性的興奮：程度	2.57	1.13
5. 性的興奮：確信	2.56	1.00
6. 性的興奮：満足感	2.56	1.31
腔潤滑	4.23	1.24
7. 腔潤滑：頻度	2.91	1.32
8. 腔潤滑：困難	3.94	1.15
9. 腔潤滑：保つ頻度	3.28	1.34
10. 腔潤滑：保つ困難	3.99	1.10
オルガズム	3.41	1.4
11. オルガズム：頻度	2.30	1.45
12. オルガズム：困難	3.21	1.43
13. オルガズム：満足感	3.01	1.19
性的満足	4.03	1.23
気持ちを通じる満足	3.45	1.20
パートナーとの性的満足の程度	3.30	1.13
性生活の満足	3.33	1.05
疼痛	4.47	1.39
挿入中の痛みの頻度	3.46	1.44
挿入後の痛みの頻度	4.02	1.20
挿入中や後の痛みの程度	3.70	1.27
総合得点	21.77	5.83

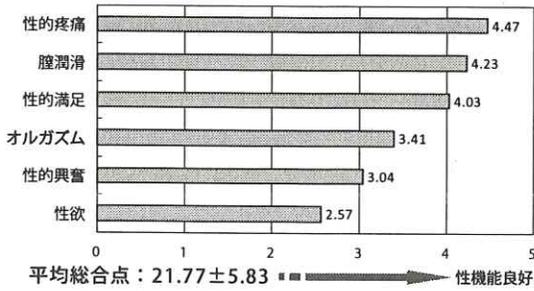


図2 FSFI各ドメインの平均値と平均総合点 n=82

1) FSFIと分娩経過

初産婦では会陰切開「あり」24名(85.7%), 「なし」4名(14.3%), 経産婦では会陰切開「あり」13名(46.4%), 「なし」15名(53.6%)であった。【性的満足】は、会陰切開「あり」4.26±1.09, 「なし」3.49±1.36で「なし」の方が有意に低かった(p<0.01)。【膣潤滑】では、初産婦において、「あり」4.60±1.24, 「なし」2.70±1.25で、

「なし」の方が有意に低く(p<0.05), 経産婦では、「あり」の方が有意に低かった(p<0.05)。

2) FSFIと出産後の経過

(1) 産後週数

性交再開をしている82名(53.9%)について、産後20週以上と未満でFSFI各ドメイン別に比較すると、【性的満足】において20週以上の方が有意に低かった(p<0.05)。出産経験別に比較すると、【性的満足】では、初産婦4.33±1.15, 経産婦3.71±1.18で、経産婦の方が有意に低かった(p<0.05)。年齢では、有意差は認められなかった。

(2) 児の栄養法

【性的疼痛】は、人工乳が5.47±0.69と最も高く、次いで混合4.36±1.35, 母乳4.26±1.48となり、人工乳に比べて、母乳(p<0.001)及び混合(p<0.01)は有意に低かった。

表5 性交再開者のFSFI総合点と各ドメインの関連要因

要因	FSFI	性欲		性的興奮		膣潤滑		オルガズム		性的満足		性的疼痛		総合点	
		平均±SD	P	平均±SD	P	平均±SD	P	平均±SD	P	平均±SD	P	平均±SD	P	平均±SD	P
産後	20週以上 n=41	2.58±1.15		3.01±1.19		4.19±1.41		3.41±1.43		3.75±1.40		4.42±1.41		21.35±6.94	
	20週未満 n=41	2.58±1.12		3.06±1.32		4.29±1.05		3.40±1.39		4.32±0.98	*	4.53±1.40		22.17±5.45	
出産経験	初産婦 n=28	2.57±1.23		3.16±1.38		4.33±1.39		3.41±1.60		4.33±1.15		4.49±1.30		21.11±4.21	
	経産婦 n=29	2.36±0.96		2.77±1.08		4.16±0.84		3.43±1.08		3.71±1.18	*	4.68±1.38		22.28±6.46	
会陰損傷の有無	あり n=55	2.64±1.20		3.19±1.30		4.30±1.29		3.42±1.49		4.26±1.09		4.53±1.39		22.34±6.13	
	なし n=26	2.42±0.98		2.72±1.14		4.08±1.15		3.34±1.20		3.49±1.36	*	4.29±1.42		20.35±5.01	
(初産婦)	あり n=24	2.58±1.2		3.26±1.37		4.60±1.24		3.57±1.63		4.48±0.95		4.63±1.30		23.12±6.17	
	なし n=4	2.55±1.57		2.55±1.39		2.70±1.24	**	2.50±1.10		3.40±1.91		3.60±0.98		17.3 ±6.69	
(経産婦)	あり n=13	2.4 ±1.15		2.88±1.08		3.81±0.73		3.08±1.06		3.97±0.8		4.62±1.4		20.75±4.53	
	なし n=15	2.28±0.82		2.66±1.13		4.44±0.87	*	3.65±1.02		3.36±1.3		4.61±1.42		21.03±3.93	
児の栄養法	母乳 n=41	2.34±1.10		2.95±1.40		4.19±1.25		3.39±1.43		4.02±1.10		4.26±1.48		21.14±5.77	
	混合 n=29	2.73±1.12		2.94±1.06		4.09±1.26		3.17±1.34		3.94±1.23		4.36±1.35		21.23±5.86	
	人工乳 n=12	3.00±1.11		3.58±1.06		4.78±1.09		4.07±1.36		4.30±1.70		5.47±0.69	**	25.18±5.15	
月経再開	あり n=32	2.76±1.14		3.25±0.99		4.55±1.01		3.70±1.33		4.05±1.33		4.93±1.10		23.23±4.86	
	なし n=50	2.46±1.11		2.90±1.38		4.04±1.34		3.22±1.43		4.02±1.19		4.18±1.49	**	20.82±6.24	*
育児協力	かなりある n=41	2.72±1.14		3.40±1.27		4.63±1.00		3.77±1.28		4.35±1.10		4.63±1.25		23.5 ±5.14	
	ややある n=31	2.44±1.10		2.73±1.12		3.89±1.35	*	3.14±1.43		3.85±1.36	*	4.39±1.59		20.42±6.21	*
	あまりない n=10	2.49±1.13		2.52±1.25		3.69±1.33		2.80±1.53		3.32±1.02		4.08±1.37		18.81±5.49	
体の調子	良い n=41	2.63±1.18		3.23±1.15		4.57±1.09		3.77±1.33		4.22±1.24		4.84±1.25		23.25±5.3	
	ふつう n=27	2.53±1.01		2.93±1.42		4.14±1.20	**	3.27±1.35	*	3.93±1.19		4.18±1.44		20.98±5.6	*
	悪い n=14	2.49±1.22		2.68±1.19		3.45±1.40		2.63±1.43		3.69±1.29		3.97±1.50		18.9±6.74	
性交再開心配	あり n=34	2.45±1.13		2.64±1.17		3.57±1.24		2.72±1.23		3.72±1.12		3.65±1.38		18.74±5.54	
	なし n=48	2.66±1.13		3.32±1.24	*	4.71±1.01	***	3.90±1.31	***	4.26±1.28		5.06±1.09	***	23.9±5.08	***
育児不安	≥29 n=46	2.65±1.15		2.85±1.21		3.98±1.23		3.16±1.33		3.65±1.27		4.22±1.47		20.5±5.86	
	<23 n=35	2.45±1.09		3.27±1.31		4.58±1.21	*	3.73±1.46		4.51±1.03	**	4.83±1.24	*	23.37±5.53	*

注1) 会陰損傷とは、会陰切開・裂傷をいう

注2) 分娩方法、育児協力、全体の体の調子に関しては一元配置分散分析、Tukeyの多重比較、授乳方法に関しては一元配置分散分析、Games-Howellの多重比較、それ以外はt検定 ***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

(3) 月経再開

FSFI総合点は、月経再開「あり」23.23±4.86, 「なし」20.82±6.24で、「なし」の方が有意に低く ($p<0.05$)。【性的疼痛】は、月経再開「あり」4.93±1.10, 「なし」4.18±1.49で、「なし」の方が有意に低かった ($p<0.05$)。特に、経産婦では、月経再開「あり」5.64±0.58, 「なし」4.24±1.43と、その差が大きかった ($p<0.001$)。

(4) 育児協力

FSFI総合点は、「かなりある」23.5±5.14と最も高く、次いで「ややある」20.42±6.21, 「あまりない」18.81±5.49となり、「かなりある」よりも「あまりない」が有意に低かった ($p<0.05$)。【腔潤滑】は、「かなりある」4.63±1.00, 「ややある」3.89±1.35, 「あまりない」3.69±1.33, 【性的満足】でも、「かなりある」4.35±1.10, 「ややある」3.85±1.36, 「あまりない」3.32±1.02と、育児協力のない方が【腔潤滑】【性的満足】が有意に低かった ($p<0.05$)。

(5) 全体の体の調子

FSFI総合点は、全体の体の調子が「良い」23.25±5.3と最も高く、次いで「普通」20.98±5.6, 「悪い」18.9±6.74であり、「良い」と「悪い」で「悪い」が有意に低かった ($p<0.05$)。【腔潤滑】は、全体の体の調子が「良い」4.57±1.09と最も高く、次いで「ふつう」4.14±1.20, 「悪い」3.45±1.40となり、体の調子が悪い方が有意に低かった ($p<0.01$)。多重比較では、「良い」に比べて、「悪い」 ($p<0.01$) は有意に低かった。【オルガズム】は、全体の体の調子が「良い」3.77±1.33と最も高く、次いで「ふつう」3.27±1.35, 「悪い」2.63±1.43となり、体の調子が悪い方が有意に低かった ($p=0.05$)。

(6) 性交再開時の心配

FSFI総合点では、性交再開時の心配が「な

し」23.9±5.08, 「あり」18.74±5.54で「あり」の方が有意に低かった ($p<0.001$)。【腔潤滑】は、「なし」4.71±1.01, 「あり」3.57±1.24, 【オルガズム】は、「なし」3.90±1.31, 「あり」2.72±1.23, 【性的疼痛】は、「なし」5.06±1.09, 「あり」3.65±1.38で、いずれも「あり」の方が有意に低かった ($p<0.001$)。【性的興奮】は、「なし」3.32±1.24, 「あり」2.64±1.17で、「あり」の方が有意に低かった ($p<0.05$)。

(7) 育児不安

FSFI総合点を、育児不安の平均値で2群に分け、23未満群と23以上群で比較した。「23未満」23.37±5.53, 「23以上」20.5±5.86で、「23以上」の育児不安が強い方が有意に低かった ($p<0.05$)。【性的満足】は、「23未満」4.51±1.03, 「23以上」3.65±1.27で「23以上」の方が低く ($p<0.01$)。【腔潤滑】は、「23未満」4.58±1.21, 「23以上」3.98±1.23, 【性的疼痛】は、「23未満」4.83±1.24, 「23以上」4.22±1.47で、いずれも「23以上」の方が有意に低かった ($p<0.05$)。初産・経産で比較すると、初産婦において【性的疼痛】は「23以上」4.07±1.31, 「23未満」5.03±1.11で、「23以上」の方が有意に低かったが、経産婦では有意差は見られなかった。

IV. 考 察

1. 性交再開

性交再開に関しては、産後4～5ヶ月で性交再開している人は53.9%で、初産婦では53.8%, 経産婦では45.3%であり、初産婦の方が性交を再開している人が多かった。初産婦についてみても、灘⁹⁾は、産後5ヶ月の調査では69%であり、本研究の方が性交再開した割合は少なかった。一方、性交を再開している場合の性交再開時期について

みると、本研究では、産後5～8週が40.3%と最も多く、平均性交再開時期は10週であったのに対して、大井ら¹⁰⁾は、平均7.2週と報告しており、灘⁹⁾は、産後6～8週に開始している人が多かったと述べている。性交再開時期を年代別に比較すると、本研究の方が大井や灘らの調査よりも遅く、年代が経過するにつれて、性交再開時期が遅くなっている可能性がある。厚生労働省の「男女の生活と意識に関する調査」において、セックスレスの割合は2004年31.9%、2006年34.6%、2008年36.5%と増えており、婚姻関係にあるカップルのセックスレス化が進行していると報告している。産後4～5ヶ月においても、セックスレス化の進行と関連している可能性が考えられる。

2. FSFI

本研究のFSFIの平均総合点は21.77であった。Wiegelら¹¹⁾は性機能不全のカットオフ値は26.55未満としている。Rachelら¹²⁾の調査では産後6ヶ月のFSFIの平均総合点は24.61で、6ドメインの中で、【性的満足】が一番高かったと報告している。一方、わが国では、高橋¹³⁾は通常の月経がある女性(20～60歳代)のFSFI日本語版で総合点が23.84であり、閉経後の女性は16.29であったとしている。また、加藤ら¹⁴⁾は子宮摘除術を受けた女性と産婦人科受診目的で受診した女性とで比較し、手術群の平均年齢48.1(25～43)歳でFSFIが13.3に対し、対照群では平均年齢35.0(39～65)歳でFSFIは22.6であったと報告している。本研究のFSFI総合点は、Rachelらの結果よりも低かった。Durex社¹⁵⁾の調査では、日本人の性交回数是世界で最

も低いと報告されており、欧米の調査よりもFSFI得点が低かったのは、もともと日本人の性に関する関心・満足度の低さが影響していると思われる。また、本研究の産後4～5ヶ月のFSFI得点は、一般の女性のFSFI得点よりも低い傾向にあった。FSFIのカットオフ値は26.55未満としており、産後4～5ヶ月の女性の性機能は低下していると考えられる。これは、出産後は閉経後と同様に女性ホルモンの分泌が低下しているために、女性ホルモンの低下がFSFIの得点の低下につながったものとする。6ドメイン別で見ると、最も低かったのが【性欲】【性的興奮】であった。産後の女性ホルモンの分泌低下は、性欲、性的興奮の低下と結びつきやすく、そのことが、産後の性交再開を抑制する要因となっていると思われる。このように、本研究の結果から、出産後4～5ヶ月の女性の性機能は低下しているといえる。しかし、高橋¹³⁾は日本語版では、カットオフ値の設定を目的とした研究が行われていないため、現時点では日本人女性の女性性機能障害のスクリーニングツールとして用いることはできない。あくまでも重症度の相対評価に限定されるべきであると述べている。したがって産後4～5ヶ月では、性機能不全のレベルまで低下がおこっているのかどうかについては今後検討していく必要がある。

3. FSFIと諸要因との関連

1) FSFIと出産経験

出産経験においては、経産婦の方が初産婦より【性的満足】が有意に低かった。服部ら¹⁶⁾は、身体的疲労の自覚の訴えや精神的な疲労は時間が経過するにつれ上昇していると述

べている。灘⁹⁾は、性交を再開していない主な理由として育児や家事の負担を報告しており、出産後4～5ヶ月において、経産婦の方が上の子の育児など、育児の負担が強くなり、性的な満足が得られにくいためと考える。

2) FSFIと分娩経過

会陰切開では、切開群の方が【性的満足】が高かった。一方【腔潤滑】では、初産婦で切開群が高く、経産婦で切開群の方が低かった。Brubakerら¹⁷⁾は、産後6ヶ月において自然分娩で非会陰切開3.5%、会陰切開14%で性交疼痛症が持続しているおり、性的機能に関しては非会陰切開群の方が会陰切開群よりも良い結果であると述べており、一方、Baksuら¹⁸⁾は、産後6ヶ月の初産婦のFSFIにおいて【性的興奮】で会陰切開群の人が低かったとしている。本研究では、BrubakerらやBaksuらとは異なった結果となった。本研究では、初産婦の方が【性的満足】が経産婦よりも有意に高く、ほとんどが会陰切開をしていた。これらのことから、年齢の若い初産婦では性機能が良いために、会陰切開があっても性機能への影響を受けにくかったためではないかと思われる。

3) FSFIと出産後の経過

(1) 産後週数

産後週数において「20週以上」の人が「20週未満」の人よりも【性的満足】が有意に低かった。本研究では、産後4～5ヶ月以降の性機能を調査していないため、長期的な性機能の回復過程を明らかにすることはできない。しかし、中林ら¹⁹⁾は、産後4ヶ月の女性における精神健康度悪化予測要因として身体的疲労感や不安の自覚を挙げている。産後週数が経過して育児の負担が蓄積し、身体的疲労感

や不安を感じると、その後の性的満足に影響する可能性も考えられる。

(2) 児の栄養法

児の栄養法においては、母乳、混合は、人工乳よりも【性的疼痛】が有意に低かった。Lisaら²⁰⁾は、産後6ヶ月の初産婦の性機能の調査で性交疼痛症の最も強い因子は母乳育児(オッズ比4.4)であったことを認めており、同様の結果となった。これは、妊娠維持や分娩の準備のためにエストロゲンが分泌されていたが、産後にエストロゲン減少で抑制が取れ、減少することで腔が乾燥し、性交時に痛みとして現れたためと考える。

(3) 月経再開

月経が再開している人は29.6%であった。このうち、性交再開もしている人は71.1%、性交再開していない人は28.9%であった。月経が再開していない人は70.4%で、そのうち性交を再開している人は46.7%、性交再開していない人は53.3%で、月経が再開している人の性交再開の割合よりも低かった。月経再開とFSFIでは、総合点と【性的疼痛】で再開していない人の方が有意に低かった。月経が再開していない人は、女性ホルモンの分泌が少ないために腔潤滑が低下し、性交時の痛みが強くなり、その結果、性交を再開している人の割合も少なくなったためと考える。

(4) 育児協力

育児協力が「あまりない」と、FSFI総合点と【性的満足】が有意に低かった。大井ら¹⁰⁾は性生活の満足度は、性生活に不満がある方が「夫や家族の協力がなく」と認識していることを認めている。猪俣ら²¹⁾は性生活の満足している妻は、夫婦生活にも満足しており、また夫の家事・育児協力で満足してい

る妻も夫婦生活に満足しているとしている。育児協力が不在の場合、その不満が性生活への満足度も低め、性機能の低下に結びついたためと考える。

(5) 体の調子

体の調子において、総合点、【腔潤滑】【オルガズム】が良い人が悪い人より有意に高かった。Annら²²⁾は、産後は乳児の養育から性交に集中できない、産後の身体的変化による自分の身体の魅力がなくなったという感覚、出産時の会陰部の損傷による痛みなどの悩みが性生活において影響していると述べている。産後に体の調子が悪いと、性交に集中できず、自分の魅力がなくなったと感じやすく、その結果、【腔潤滑】【オルガズム】が低下し、性機能の回復が遅れる可能性があると考えられる。

(6) 性交再開時の心配

性交再開時の心配がある人は、FSFI総合点、【性的興奮】【腔潤滑】【オルガズム】【性的疼痛】が低かった。また自由記載から、性交再開した時や日常生活において少しでも性交再開に支障があり、不安を抱いている場合には、積極的ではなくなるなどの記載が見られた。灘⁹⁾は産後の性交再開していない人では、出産時の怖さや会陰切開後の痛みから避けていると述べており、本研究と同様の結果を報告している。性交再開時に心配がある人は、その不安から、【性的興奮】【腔潤滑】【オルガズム】【性的疼痛】が低下しやすく、その結果、性交再開を避けるようになると考える。

(7) 育児不安

育児不安得点が高い方が、FSFI総合点、【腔潤滑】【性的満足】【性的疼痛】が低かった。

池田²³⁾は産後4ヶ月の時点での育児負担度が高いほど社会から取り残された感覚やよい妻でないとならない焦りなどが強くなっていると述べている。近年は、核家族化、女性高学歴化・晩婚化、育児情報の氾濫などさまざまな要因により、育児期にある女性のストレスは高まる傾向にある。村上ら²⁴⁾は、体調と周囲との調整困難で、女性の年齢が高くなるにつれ育児ストレスが高かったと報告している。現代のように、出産年齢が高くなると、体力的な問題を抱え、サポートしてもらう人も少なく、育児ストレスや育児不安が強くなり、結果的に性欲、腔潤滑、性的満足などが低下し、性機能の回復が遅れる可能性が高くなると考える。

VII. 結 論

1. 産後4～5ヶ月の時点で性交を再開している人は、82名(53.9%)で、平均性交再開時期は10.0±4.7週であった。時期では、産後2ヶ月までに再開している人は50名(51.3%)であった。
2. FSFIの総合点は21.77±5.83であり、ドメイン別では、【性的疼痛】4.47±5.83、【腔潤滑】4.23±1.24、【性的満足】4.03±1.23、【オルガズム】3.41±1.4、【性的興奮】3.04±1.25、【性欲】2.57±1.12であった。
3. FSFIと諸要因との関連
 - 1) FSFI総得点は、「月経再開」がない、「育児協力」があまりない、「体の調子」が悪い、「性交再開の心配」がある、「育児不安」が高い女性で有意に低かった。
 - 2) 【性的興奮】は、「性交再開の心配」がある

人で有意に低かった。

- 3) 【膣潤滑】は、「育児協力」がややある、「体の調子」が悪い、「性交再開の心配」があり、「育児不安」が高い人で有意に低かった。
- 4) 【オルガズム】は、「体の調子」が悪い、「性交再開の心配」がある人で有意に低かった。
- 5) 【性的満足】は、「産後20週以上」、「経産婦」、「会陰切開」なし、「育児協力」があまりない、「育児不安」が高い人で有意に低かった。
- 6) 【性的疼痛】は、母乳群と混合、「月経再開」がない、「性交再開時の心配」がある、「育児不安」が高い、初産婦で「育児不安」が高い人で有意に低かった。

VIII. おわりに

本研究によって、産後4～5ヶ月における女性の性機能は低下しており、体調不良、育児不安、育児協力不足および性交再開に対する不安などがあると、性機能は低下しやすることが明らかになった。出産年齢が高くなる中で、産後の女性の性機能が順調に回復するためには、ケアを提供する医療者がこれらの出産後の性機能の特徴や影響要因を理解し、出産後の体調不良、育児負担、育児不安を軽減できるための支援を行っていく必要がある。具体的には、出産後入院中の退院指導や母子の健康診査等の機会を利用した産後の性機能に関する相談・指導、出産後の女性を支援する産後ケアセンターや育児サポート等の情報提供をすることにより、将来のセックスストレスを予防することにつながると考える。

研究の限界として、本研究は、A市という1つの地域の4ヶ月健診を訪れた女性を対象としていること、産後4～5ヶ月という時期に限定されており、出産後の女性の性機能の

特徴として一般化することには限界がある。今後、対象の地域を広げ、出産後の性機能を長期的に調査していく必要がある。

文 献

- 1) 玉熊和子,益田早苗：妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係に関する研究. 日本性科学会雑誌, 26 (1). July, 46-55, 2008.
- 2) 小林千津子, 北村ハル, 柿村洋子, 他.: 産後3～4ヶ月時点における性生活の開始と避妊の実態. 過去10年のデータと聞き取り調査から. 日本看護学会集録 母性看護, 27, 23-25, 1996.
- 3) 柳田隆.: 産後の性生活と避妊. 産婦人科, 82 (1), 67-71, 2001.
- 4) 石井裕美, 加納尚美: 会陰切開に対する考え方—出産後の女性に焦点を当てて—. 茨城県母性衛生学会誌, 25, 12-18, 2005.
- 5) 玉熊和子,益田早苗：妊娠期および産後育児期の夫婦間の性的関係に関する研究. 日本性科学会雑誌, 26 (1) July, 46-55, 2008.
- 6) 田中昭夫：幼児を保育する母親の育児不安に関する研究. 乳幼児教育学研究, 第6号, 57-64, 1997.
- 7) 札幌医科大学泌尿器科：女性の性機能に関する指標 (Japanese version of the FSFI) 札幌医科大学泌尿器科試案
<http://web.sapmed.ac.jp/uro/pdf/research/ed-josei-shian.pdf>. 2009年12月25日
- 8) ROSEN, R, C, BROWN, & HEIMAN, J: The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female

- Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208, 2000.
- 9) 灘久代：産後の性交と避妊の実態—始めての出産から5ヶ月が経過した女性の調査から。母性衛生, 46 (1), 119-124, 2005.
 - 10) 大井けい子, 曾我部美恵子, 岸恵美子, 他. 出産後の性生活 (第1報) —夫婦の性生活の認識に関する一考察—. 日本女性心身医学会雑誌, 5 (2), 150-154. 2000
 - 11) Wiegel, M., M. ESTON, C.: The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex Marital Ther*, 31, 1-20, 2005.
 - 12) Rachel, N., John, A, & Vicki, L.: Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1915-1922, 2008.
 - 13) 高橋都：わが国で活用できる女性性機能尺度の紹介：Sexual Function Questionnaire 日本語34項目版とFemale Sexual function Index 日本語版. 日本性科学雑誌, 29 (1), 21-35, 2011.
 - 14) 加藤隆一, 小林皇, 久末伸一：子宮摘除術後の女性性機能障害について—FSFI日本語訳試案を用いた検討—. 日本性機能学会雑誌, 23 (1), 79-80, 2008.
 - 15) Durex社：世界各国のセックス頻度と性生活満足度, 2005
 - 16) 服部律子, 中嶋律子：産褥早期から産後13ヶ月の母親の疲労に関する研究 (第1報). 小児保健研究, 56 (6), 663-668, 2000.
 - 17) Brubaker, L., Handa, V. & Bradley, C. et al.: Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol*, 111 (5), 1040-1044, 2008.
 - 18) Baksu, B., Davas, I. & Agar, E. et al: The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18 (4), 401-6, 2007.
 - 19) 中林美奈子, 寺西敬子, 新鞍真理子, 他：産後4～18ヶ月までの母親の精神健康度の変化とその要因. 母性衛生, 46 (4) 655-665, 2006.
 - 20) Lisa, B., Bernard L. & Amy K. et al: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 881-90, 2001.
 - 21) 猪俣恵子, 大塚美由紀, 坂本裕美, 他：産後の夫婦生活の満足度—性生活及び夫の家事・育児協力との関連から—. 栃木母性衛生, 25, 51-55, 1998.
 - 22) Ann, O., Martina, L : Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Nordic College of Caring Sciences Scand J Caring*, 19, 381-387, 2005.
 - 23) 池田浩子：育児負担感に関する研究—育児負担感の時期別変化と母親の心理状態との関連—. 母性衛生, 42 (4), 607-614, 2001.
 - 24) 上京子, 飯野英親, 塚原正人, 辻野久美子：乳幼児を持つ母親の育児ストレスに関する要因の分析. 小児保健研究, 64 (3) 425-431, 2005.
 - 25) 厚生労働省：第5回 男女の生活と意識に関する調査, 2011

原 著

中高年夫婦のセクシュアリティ 特にセックスレスについて － 2000年調査と2012年調査の比較から －

元田園調布学園大学¹⁾

介護老人保健施設ハートランドぐらんぱぐらんま²⁾

国立病院機構 千葉医療センター³⁾

日本性科学会カウンセリング室⁴⁾

主婦会館クリニック⁵⁾

荒木乳根子¹⁾, 石田 雅巳²⁾, 大川 玲子³⁾

金子 和子⁴⁾, 堀口 貞夫⁵⁾, 堀口 雅子⁵⁾

Sexuality of couples of middle and advanced ages, especially sexless issues － A comparison of two survey results －

Former-Den-en Chofu University¹⁾

Nursing Home for the Elderly “Grandma Grandpa”²⁾

National Hospital Organization Chiba Medical Center³⁾

Japan Society of Sexual Science Counseling Center⁴⁾

Shufukaikan Clinic⁵⁾

ARAKI Chineko¹⁾, ISHIDA Masami²⁾

OKAWA Reiko³⁾, KANEKO Kazuko⁴⁾

HORIGUCHI Sadao⁵⁾, HORIGUCHI Masako⁵⁾

和文抄録

セクシュアリティ研究会(代表 荒木乳根子)では、中高年夫婦のより良い性的関係を模索することを目的に、40歳～79歳までの配偶者がいる男女を対象に2回のセクシュアリティ調査を実施した。第1回目は1999年～2000年、第2回目は2011年～2012年に実施したが、両者を比較すると以下のような変化が見られた。

- ①配偶者間の性交頻度はどの年代でも大きく低下していた。
- ②配偶者と1年間全く性交していない人が21～25ポイント増加していた。
- ③夫婦の関係性では肯定的な人が多いが、否定的な人の割合が増加していた。
- ④40代～60代では、男女共に夫婦間の性生活を重視する人が減少し、配偶者との性交渉を望

む人が減少していた。

⑤配偶者以外の異性との「親密な付き合い」がある人は、男女共に大幅に増加しており、男性は各年代で30%前後、女性は40～60代で15%前後だった。

この12年間における中高年夫婦間のセックスレスの大幅な増加は、第1回目の調査時以上に、夫婦間の性交に女性の意志が強く反映するようになったこと、性規範が変化してきて、必ずしも夫婦間の性生活を重視せず、自由な男女関係を求めるようになったことなどが影響していると考えられる。

キーワード：セックスレス、中高年夫婦、夫婦間の性行動

Abstract

For the purpose of searching the ideal sexual relationship among middle and advanced aged couples, a sexuality study group (headed by Chineko Araki) conducted sexuality related surveys in 2000 and 2012. Subjects are males and females with spouses between age 40 and 79. Based on the two survey results, researchers examined sexless issues among middle and advanced aged couples in Japan. By comparison of the first and second survey results, researchers confirmed the following facts.

- ① Frequency of sexual activity between spouses (inter-spouse sexual activity) declined greatly.
- ② The number of those survey participants who indicated that “they never have sexual activity in passed one year” increased (21 to 25 points).
- ③ Compared to the last, more participants responded negatively about relationship with his/her partner.
- ④ Both men and women between age of 40 and 60 tend not to think that inter-spouse sexual activity is an important part of their life, and tend not want have sexual activity.
- ⑤ About 30% of men and 15% of women report that they are in intimate relationship with one or more extra marital partners.

This study indicates great increase in the number of sexless couples within the last 12 years. For this reason, researchers consider that the “willingness” of women influence sexual relationship, and because of the change in their sexual norms, more men and women tend to wish for an extramarital sexual relationship.

Key Words : Sexless, couples of middle and advanced ages, inter-spouse sexual activity

はじめに

中高年のセクシュアリティに関する調査研究は日本においては少ない。あっても調査対象は60代までで、70代を含む研究はごく少ない。さらに有配偶者に対して配偶者との性生活に限定して調べ、その背景となる関係性や性意識について調査した研究は皆無とってよい。しかし、性を挟んだ男女のよりよい関係性を探っていこうとすれば、特定の対象との性行動、関係性、性意識などをみていくことが必須である。

そのため1999年に日本性科学会の有志、産婦人科医と臨床心理士が集まってセクシュアリティ研究会を結成し、1999年から2000年にかけて40歳から79歳までの有配偶男女を対象に第1回目のセクシュアリティ調査(2000年調査)を実施した。さらにその後、単身者についての調査も実施した。目的は1990年に荒木が実施した高齢者のセクシュアリティ調査の継時的変化をみること、性に関わる臨床に役立つような基礎的データを得ること、中高年カップルのより良い性的関係を模索することであった。

第1回目の調査から10年余を経て、時代の変遷に伴う中高年男女のセクシュアリティの変化を見るため、2011年から2012年にかけて第2回目のセクシュアリティ調査(2012年調査)を実施した。今回は有配偶者と単身者を分けず、同時期に同じ調査票(記入ページが異なる)を用いて調査した。

本論文では有配偶者調査の結果について、第1回目と第2回目を比較し、どのような変化が見られたか述べたい。

対象と方法

時期：2000年調査 1999年10月～2000年3月

2012年調査 2011年1月～2012年12月

対象：両調査とも関東圏に在住する40歳～79歳までの配偶者がいる男女。

2000年調査 3025部配布, 1083部回収(回収率35.8%)有効回答1020名

2012年調査 単身者と同時調査で配布部数不明, 894部回収, 有効回答863名。

方法：上記の期間に研究メンバーが多方面に調査票と返信用封筒を配布し、協力を依頼した。

調査票の構成：基本的属性、夫婦の関係性、性に関する意識、性生活の実態などで2000年調査は設問62, 副次的設問10から成り、2012年調査は同様の内容で設問63, 副次的設問9から成る。

表1 年代別対象者数 人(%)

	2000年調査		2012年調査	
	男性	女性	男性	女性
40代	91 (21.7)	222 (36.9)	106 (26.2)	128 (27.9)
50代	121 (28.9)	231 (38.4)	97 (24.0)	132 (28.8)
60代	112 (26.7)	100 (16.7)	92 (22.8)	129 (28.1)
70代	95 (22.7)	48 (8.0)	109 (27.0)	70 (15.3)
総計	419	601	404	459
平均年齢	59.5 (SD11.0)	53.6 (SD9.3)	59.5 (SD11.7)	57.2 (SD10.4)

結果

1. 性交頻度～セックスレスの増加

2000年調査¹⁾²⁾と比べ2012年調査で最も大きな変化として注目したのは、配偶者間の性交頻度が減少し、セックスレスが増加したことである。

2012年調査では、挿入を伴う性交渉と挿

入を伴わない性交渉に分けて過去1年間の頻度を聞いたが、その結果は表2、表3のとおりである。

2000年調査では挿入の有無で分けずに性交渉の頻度を聞いた。そのため厳密な比較は難しいが、今回、回答を通して挿入を伴う性交渉がなくなると性交停止という認識が強いことが分かった。そのため、挿入を伴う性交渉が月1回以上ある割合を2000年調査のそれと比較すると、表4のとおりである。70代の女性のみは有意差がないが、他は男女ともどの年代でも割合が優位に低下していた。特

に50代での低下は著しい。中でも50代男性は減少が著しい。数値が60代男性より低く、また、女性の回答より9ポイント程度低い。解釈に迷うところである。全体としてみると、2000年調査では5割強が月1回以上の夫婦間の性交渉をもっていたのに対し、2012年調査では半減し、ほぼ4人に1人となった。

セックスレス化傾向を確認するために挿入を伴わない性交渉も含めて「この1年全くない」という割合を2000年調査と比較したのが表5である。男女ともどの年代も優位にセックスレスが増加している。2012年調査

表2 挿入を伴う性交渉の頻度

	男 性					女 性					%
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体	
週2回以上	2.8	1	1.1	0	1.2	1.6	1.5	0	0	0.9	
週1回	7.5	4.1	1.1	3.7	4.2	9.4	2.3	1.6	1.4	3.9	
月2～3回	16	4.1	7.6	6.4	8.7	22.7	12.9	7.8	7.1	13.3	
月1回	15.1	5.2	8.7	8.3	9.4	11.7	6.8	10.1	1.4	8.3	
年数回程度	24.5	33	26.1	12.8	23.8	24.2	22	14	10	18.5	
1年全くない	34	52.6	53.3	68.8	52.2	29.7	53	65.9	75.7	53.6	
無回答	0	0	2.1	0	0.5	0.7	1.5	0.6	4.4	1.5	
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

表3 挿入を伴わない性交渉の頻度

	男 性					女 性					%
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体	
週2回以上	0.9	1	0	2.8	1.2	5.5	3	0	2.9	2.8	
週1回	5.7	1	0	3.7	2.7	3.1	0	3.9	1.4	2.2	
月2～3回	5.7	4.1	4.3	2.8	4.2	14.1	6.8	3.1	0	6.8	
月1回	6.6	8.2	4.3	3.7	5.7	6.2	4.5	7	2.9	5.4	
年数回程度	27.4	23.7	29.3	13.8	23.3	21.9	19.7	12.4	7.1	16.3	
1年全くない	51.9	61.9	58.7	72.5	61.4	46.1	62.9	72.1	77.1	63	
無回答	1.8	0	3.4	0.7	1.5	3.1	3.1	1.5	8.6	3.5	
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

表4 月1回以上の性交渉がある割合 (2012年調査は挿入有の性交渉)

	男 性					女 性					%
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体	
2000年	72.6	65.3	48.3	23.2	52.7	66.3	54.5	35	18.7	52.8	
2012年	41.4	14.4	18.5	18.4	23.5	45.4	23.5	19.5	9.9	26.4	
	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	

注：* p<0.1 ** p<0.05 *** p<0.01 以下同様。

表5 「性交渉が1年間全くない」割合(2012年調査は挿入なし性交渉も含めての割合) %

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	6.6	15.7	30.4	47.4	24.8	10.4	23.4	36	47.9	22.6
2012年	31.1	49.5	42.4	60.6	46	28.1	46.2	56.6	71.4	47.9
	***	***	*	*	***	***	***	***	***	***

表6 若い頃に比べた性的欲求の強さ %

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	1.9	1.7	1.3	0.8	1.5	1.7	1.1	0.7	0.5	1.2
2012年	1.9	1.6	1.4	1	1.5	1.7	0.9	0.6	0.5	1

注：点数化した平均値(2 若い頃より少し減少、1 若い頃より大いに減少、0 ほとんどない)

表7 マスターベーション(2000年：よく／ときどきする、2012年：月2～3回以上) %

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	33	23.9	15.2	9.5	20.3	14.9	4.8	2	0	7.9
2012年	61.3	55.6	26.1	20.1	40.9	18	11.3	3.9	1.4	9.6
	***	***	*	**	***	**	**			

では40代で約3割、50代では5割近くが全く性交渉をもたなくなっていることがわかる。60代、70代は男女の回答で差があり、女性の方にセックスレスの回答が多い。

ちなみに挿入を伴わない性交渉がある人は、ほとんどが挿入を伴う性交渉も維持している人であり、「挿入を伴わない性交渉のみ有り」は男女とも6%程度だった。

では、どうしてこのようにセックスレスが増加したのであろうか。関連すると思われる設問項目の結果を見ていきたい。

2. 性的欲求

性欲自体の減退があるのだろうか。表6は「若い頃に比べた性的欲求の強さ」の回答を点数化し、平均値を示したものである。2012年調査の方が70代男性の性欲はやや活発化、50代女性の性欲はやや低下したという変化はあるが、ほぼ変わらない。

マスターベーションは両調査で回答の選択肢が異なったので、2000年調査でマスター

ベーションを「よくする＋ときどきする」人の割合と2012年調査で「月2～3回以上」する人の割合を比較した(表7)。2012年調査の方が男性はどの年代も増加、特に40、50代は増加が目立っている。女性は40代、50代で有意に増加していた。男性の場合、マスターベーション頻度は性交頻度よりはるかに多いことが分かる。

以上から性的欲求自体は減退していないと考えられる。

3. 夫婦の関係性の変化

夫婦の関係性は性生活に大きく影響する。夫婦の関係性に関しては、例えば配偶者への愛情が「ある」「どちらかといえばある」「どちらかといえない」「ない」のように4択で聞いたが、表8は否定派の割合を示したものである。2012年調査の方が、70代女性の配偶者への愛情、50代女性の離婚願望を除いては、男女ともに否定派の数値が多くなっており、有意な増加が見られるものも多い。

表8 夫婦の関係性

%

		男 性			女 性		
		2000年	2012年		2000年	2012年	
結婚生活 —満足して いない群	40代	6.6	13.2	***	16.7	18	*
	50代	5.8	17.5		10.4	17.4	
	60代	5.4	12		9	18.6	
	70代	9.5	11.9		4.2	14.3	
配偶者への愛情 —ない群	40代	3.3	9.4	*	10.9	18	*
	50代	3.3	10.3	**	10	12.8	
	60代	5.4	8.7		13	17	
	70代	6.3	8.2		10.4	7.1	
離婚願望 —ある群	40代	14.3	24.5	***	27.5	39.9	**
	50代	10.8	18.6		27.3	25	
	60代	9.8	18.4		27	31	
	70代	7.4	15.6		8.3	17.1	
寝室は別	40代	15.4	26.4	*	20.7	25	
	50代	18.2	25.8		23.4	33.3	**
	60代	25	33.7		23	39.5	***
	70代	28.4	45.9	**	27.1	31.4	

表9 性生活の重要度—重要ではない群

%

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	19.8	28.1	24.2	36.9	27.2	28.8	40.7	43	43.8	36.9
2012年	26.4	45.3	43.5	33.9	36.9	40.6	55.3	69.8	54.6	54.9
	***	***	***	***	***	**	***	***	***	***

表10 性交渉を伴う愛情関係を求める割合

%

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	80.2	62.8	52.7	24.2	55.1	49.1	36.8	20	10.4	36.4
2012年	66	41.2	46.7	37.6	48	46.9	22	11.6	10	24.2
	**	***	***	**	**	**	***	*	*	***

特に男性における増加が目立つ。また、寝室は別の人の割合が増えており、全体では3人に1人が別室だった。全体としては夫婦関係において肯定派が多いものの、否定派が増えているのは確かである。

4. 結婚生活における性生活の重要度と配偶者との望ましい性的関係

円満な夫婦生活を営むために、性生活はどの程度重要と考えるか聞いた。表9は「あまり重要ではない／重要ではない」と考えてい

る人の割合である。男性は50～60代で、女性は40～60代で重視しない人が有意に増加している。男女で比較すると女性の方が重要でないとする人が多い。

さらに配偶者とはどのような性的関係を望ましいか聞き、「性交渉を伴う愛情関係」を望む人の割合をみると表10のとおりだった。男性は配偶者との性交渉を望む人が40代、50代で有意に減少、70代男では逆に有意に増加している。女性は50代、60代で有意に減少した。両調査とも男女差が大きく、

男性に比べて女性は配偶者との性交渉を望む人が少ないことが分かる。

性交頻度とクロスしてみると、2000年調査では性交渉を望んでいる男性の77.5%が月1回以上の性交渉をしているが、2012年調査では性交渉を望んでいる男性で月1回以上の性交渉をしているのは43.8%である。セックスレス化にはパートナーである女性の意思が強く反映していることが伺われる。

5. 配偶者以外の異性との付き合いと性規範の変化

過去1年間に配偶者以外の異性との親密な付き合いがあったか否かを聞いた。表11は「あり」の割合で、男性はすべての年代で大幅に増加している。女性も40代を除き有意に増加している。付き合いの内容としては、「性交渉を伴う関係」だけではなく、「愛撫を伴う関係」「精神的な愛情関係」「その他」が含まれている。2012年調査では「性交渉が主な関係」「売買春」も選択肢として上げたが、男性は前者を5%、後者を4.2%が選択している。女性は前者0.9%のみである。

配偶者以外の異性との親密な付き合いが増えた背景には性規範の変化があるのだろうか。表12は「自分が配偶者以外の異性と親密な付き合いをすることについてどう思うか」についての回答である。「付き合うべきではない」という意識は男女ともに有意に低下している。男女ともに「性的な関係がないならかまわない」「家庭に迷惑がかからないならかまわない」という意識が優位に増加している。特に後者の増加が目立ち、男性は「付き合うべきではない」の割合より多く、3人に1人の意識となっている。

まとめと考察

40歳から79歳までの男女を対象とする2000年調査と2012年調査を比較したところ、この12年間で夫婦間のセックスレスが大幅に増加していた。

挿入しなくても、あるいは挿入できなくても性交渉を楽しむという意識も浸透してきているのではないかと考え、今回は挿入の有無に分けて回答を求めた。しかし、挿入を伴わない性交渉のみがある人はわずかで、挿入

表11 配偶者以外の異性との親密な付き合い(過去1年にあった/ある) %

	男 性					女 性				
	40代	50代	60代	70代	全体	40代	50代	60代	70代	全体
2000年	12.1	11.5	14.2	6.4	11.2	8.6	4.3	3	0	5.3
2012年	36.8	32.1	28.3	31.3	32.2	14.1	16	14.8	5.7	13.6
	***	***	**	***	***	***	***	***	*	***

表12 自分が配偶者以外の異性と親密な付き合いをすることについて %

	男 性			女 性		
	2000年	2012年		2000年	2012年	
付き合うべきではない	44.9	28	***	54.9	48.6	**
性的な関係がないならかまわない	20.8	26.2	*	23.6	29.6	**
家庭に迷惑がかからないならかまわない	16.9	33.4	***	5.7	13.9	***
家庭に迷惑がかかっても仕方がない	0.5	0.2		0.3	0.2	
付き合うのが自然だ	8.4	9.4		8.3	6.1	
無回答	8.6	2.7		7.2	1.5	

を伴う性交渉が終わった時点で性交停止とする意識が強いことが分かった。そして、挿入を伴わない性交渉を含め、過去1年間全く性交渉がない人の割合も大幅に増加していた。

セックスレス増加の要因を検討するために、関連すると思われる設問項目について、両調査を比較した。

性的欲求については、両調査で大差なく、マスターベーション頻度は増加していた。従って、性的欲求自体の減少はなく、夫婦間のセックスレスの代償行為としてマスターベーションが増加していると考えられる。女性の場合は40代、50代が有意に増加していたが、女性もマスターベーションをしてもよいという考えが浸透し、正直に書きやすくなったという側面もあるかもしれない。

夫婦の関係性については、全体としてみると、2012年調査でも8割～8.5割が結婚生活に満足し、配偶者に愛情があると肯定的だが、2000年調査に比べると否定派の割合が増えていた。また、離婚願望が増え、寝室は別室が増えている。興味深いのは2000年調査では女性に否定派が多く、女性は家庭生活の比重が重いだけに不満も抱きがちなのではないかと考えられたが、今回男性の否定派が増え、女性との差が少なくなったことである。全体からみると少数派であるとはいえ、男性の意識がより内向きに家庭重視になってきたとも考えられるのではないだろうか。不況が続いた近年の社会状況も影響しているのかもしれない。ともあれ、夫婦の関係性は幾分否定的に変化し、セックスレスの増加の一因になっていると考えられる。

性生活の重要度については、2012年調査では重要と考えない人が増加していた。

配偶者との性的関係については、「性交渉を伴う愛情関係」を求める人の割合が全体に減少していた。ただ70代男性だけは2000年調査より増加しており、性生活の重要度でも変化がなかった。また、70代女性も他の年代と異なり、有意な変化は見られなかった。70代もセックスレスが増加しているものの、夫婦関係における性の重視という意識では他の年代と一線を画していることが伺える。

男女差をみると男性が年代と共に性交渉を求める人が緩やかに減少するのに対し、女性は50代、60代と大きく減少し、男性との差異が大きい。男性に比べ女性の方が性生活を軽視し、性交渉を求めない、これは前回の調査でも同様であったが、自由記述欄の記載などをみると、このギャップが夫婦間の葛藤の種になっている。

「配偶者との望ましい関係」を性交頻度とクロスしてみると、性交の有無には女性の意識が強く反映していることが伺われた。これは50代でセックスレスが急増しているという事実如実に表れている。性交頻度は、女性の更年期という生理的变化の影響を一層強く反映するようになったといえよう。

配偶者以外の異性との親密な付き合いについては、2000年調査同様、男性に比べると女性の割合は少ないが、男女ともに顕著な増加がみられた。また、背景として性規範の変化が認められた。すなわち、配偶者以外の異性との付き合いに関するタブー意識が減少していた。特に男性は「家庭に迷惑がかからなければかまわない」という割合が多く、家庭は壊したくないとの意識が透けて見える。セックスレスの増加に伴い、一部は配偶者以外との付き合いに流れていると推測さ

れる。

以上のように、セックスレス増加の背景には夫婦の関係性や夫婦間の性についての意識の変化があり、性生活について女性の意思がより強く反映するようになっていた。過去には、夫の求めを拒否できず意に反して性生活をしてきた女性も多いことを考えると、性を挟んで男女がより対等な関係を結ぶことができるようになったというプラスの側面もある。しかし、男性は妻が望まない性生活をあえて求めることをしない代わりに、性的欲求をマスターベーションで解消し、一部は他の異性との付き合いに向かっていたら、果たしてそれで良いのかという疑問がわく。男性ほど割合が多くはないが女性も同様の変化がみられるので性規範が変化してきて、必ずしも夫婦間の性生活を重視せず、自由な男女関係を求めるようになったともいえるのかもしれない。しかし、目指したいのは夫婦がコミュニケーションを深めて「共に満足できる性関係」を作り上げることではないだろうか。やはり、セックスレス化が進むことへの危惧を抱かざるを得ない。

筆者らが実施した2回の調査は対象が関東圏在住の男女であり、またランダムサンプリングではない。そのため偏りが懸念されるところである。全国規模の調査との比較検討をしたいが、調査方法、対象、結果のまとめ方などが異なり、なかなか比較可能な調査が見当たらない。2000年調査については、ほぼ同時期(1999年11～12月)に実施された「NHK日本人の性行動・性意識」調査³⁾があり、配偶者または恋人がいる人に対し、その相手との過去1年間の性交頻度を聞いている。それによると月1回以上の性交ありの割合は、

男性の40代74%、50代73%、60代49%、女性の40代67%、50代55%、60代38%であり、筆者らの調査結果(表4)と比べて男性の50代が8ポイント高い以外はごく近似した数値であった。2012年調査については、調査時期が近い全国調査として2010年の「第5回男女性生活と意識に関する調査」⁴⁾があるが、調査対象は16歳から49歳までである。興味深いのはセックスをすることに「関心がない+嫌悪している」割合が第4回調査(2008年)に比べて増加していることで、40代の男女も例外ではない(男性18～22%、女性56～59%)。また婚姻関係がある男女のセックスレス率が第2回調査(2004年)から回を追うごとに増え、2010年は40.8%になったという。筆者らの調査結果を裏付けるの内容であるといえよう。

欧米の調査をレビューした文献を見ると⁵⁾、どの調査も一貫して、年齢が高くなるほど性への関心が低くなり、関心の低下に伴い性交回数は減っているという。しかし、筆者らの調査に比べると、より活発である。また、性差が大きく、男性に比べて女性の性への関心が低い、この点は同様である。

参考文献

- 1) 日本性科学会・セクシュアリティ研究会(代表 荒木乳根子)「中高年のセクシュアリティ-男女のパートナーシップの現状について-」日本=性研究会議会議報 第12巻第1号、2-18、2000
- 2) 日本性科学会・セクシュアリティ研究会(代表 荒木乳根子)「カラダと気持ち ミドル・シニア版」三五館、2002
- 3) NHK「日本人の性」プロジェクト編「デー

- タブック NHK日本人の性行動・性意識」NHK出版, 1999年
- 4) 北村邦夫「第5回男女の生活と意識に関する調査 結果報告」JASE現代性教育研究ジャーナルNo.7, P4-5, 2010年
- 5) Abi Taylor and Margot A. Cosney「Sexuality in older age: essential considerations for health care professionals」Oxford Journals Medicine Age and Ageing Volume40 (5): 538-543

原 著

現在の中高年者の性に関する認識と規範意識

主婦会館クリニック¹⁾

前田園調布学園大学²⁾

介護老人保健施設ハートランド ぐらんぱ ぐらんま³⁾

国立病院機構 千葉医療センター⁴⁾

日本性科学会カウンセリング室⁵⁾

主婦会館クリニック⁶⁾

堀口 貞夫¹⁾, 荒木乳根子²⁾, 石田 雅巳³⁾

大川 玲子⁴⁾, 金子 和子⁵⁾, 堀口 雅子⁶⁾

The Consciousness and Norm of Sex in The Middle and Advanced Age Generations

Shufukaikan Clinic¹⁾

Ex-Den-en Chofu University²⁾

Nursing Home for the Elderly "Grandma Grandpa"³⁾

National Hospital Organization Chiba Medical Center⁴⁾

Japan Society of Sexual Science Counseling Room⁵⁾

Shufukaikan Clinic⁶⁾

HORIGUCHI Sadao¹⁾, ARAKI Chineko²⁾, ISHIDA Masami³⁾

OKAWA Reiko⁴⁾, KANEKO Kazuko⁵⁾, HORIGUCHI Masako⁶⁾

抄 録

2000年, 2003年に我々が行った中高年を対象としたセクシュアリティ調査から十年を経過して, どのような状況になったかを見るために, ほぼ同様の手法を使って調査を行った。男性496例, 女性666例について, 40歳から69歳までの中高年世代の性に対する意識と規範にどのような変化が見られたかの報告である。性に対するタブー意識は徐々に解消されているが, 男性と女性の意識のずれはまだ大きい。売買春をどのように見るかにかかわる男性のセクシュアリティも課題である。

キーワード: セクシュアリティ, 中高年, 性の意識・規範, 女性と男性

Abstract

Ten years have elapsed since our sexuality survey for the middle or advanced ages in 2000 and 2003, and in order to find what kind of situation became, we carried out to investigate using the almost same technique.

It is a report what kind of change was looked at about 496 men and 666 women by the consciousness to a sex and the norm of the persons of middle or advanced age generations from 40 years old to 69 years old.

Although the taboo awareness against sex is canceled gradually, deviation of awareness of mens and women is still large. The sexuality of the man in connection with how see prostitution is an issue.

Key words : sexuality, middle and advanced age, consciousness and criterion to a sex, gender.

はじめに

我が国の高齢化は急速に進みつつあり、65歳以上の人口の割合は2010年の23.0%から2025年には30%を超えると推計されている。(1995年には14.6%であった) 其のような中であって、高齢者が心身共に健康であることが望まれる。

そこで日本性科学会の有志、産婦人科医と臨床心理士が集まってセクシュアリティ研究会を1999年に結成し、1999年から2000年にかけて40歳から79歳までの有配偶者男女を対象に第1回目のセクシュアリティ調査(2000年調査)を実施した。さらにその後、単身者についての調査も実施した。目的は1990年に荒木が実施した高齢者のセクシュアリティ調査の継時的変化をみること、性に関わる臨床に役立つような基礎的データを得ること、中高年カップルのより良い性的関係を模索することであった。

第1回目の調査から10年余を経て、時代の変遷に伴う中高年男女のセクシュアリティの変化を見るため、2011年から2012年にか

けて第2回目のセクシュアリティ調査(2012年調査)を実施した。今回は有配偶者と単身者を分けず、同時期に同じ調査票(記入ページが異なる)を用いて調査した。

共同研究者の荒木乳根子が中高年夫婦のセックスレスについて本号で論じているが、本論文では中高年世代の性に関する意識・規範について、有配偶者と単身者間や男性と女性の間には差があるかを検討し報告する。

対象と方法

時期：2000年調査 1999年10月～2000年3月
2003年調査 2002年9月から2003年12月
2012年調査 2011年1月～2012年12月

対象：両調査とも関東圏に在住する40歳～79歳までの配偶者がいる男女および単身者。

2000年調査 3025部配布, 1083部回収(回収率35.8%) 有効回答1020名

2003年調査 単身者対象1838部配布, 439部回収(回収率23.9%) 有効回答は408名

2012年調査 有配偶者と単身者と同時調査

で配布部数不明、有配偶者の894部回収、有効回答863名。単身者の回収327名有効回答299名

方法：上記の期間に研究メンバーが多方面に調査票と返信用封筒を配布し、協力を依頼した。

調査票の構成：基本的属性、夫婦の関係性、性に関する意識、性生活の実態などで2000年調査は設問62、副次的設問10から成り、2012年調査は同様の内容で設問63、副次的設問9から成る。性に関する意識・規範については表1のような17項目よりなり、「はい」「いいえ」で答えていただいた。

表1

1) 性はコミュニケーション(人間関係)である
2) 性は快楽である
3) 性は楽しいものだ
4) 性について口にしてはいけない
5) 性は不潔で汚らわしい
6) 性の目的は子供をうむことである
7) 結婚や婚約なしに性的関係をもつのはよくない
8) 愛情があれば性的関係をもってよい
9) 互いの合意があれば性的関係をもってもよい
10) 売買春はわるいことだ
11) 閉経以後は性生活をやめるのが自然だ
12) 老年になったら男性は性欲が無くなる
13) 老年になったら女性は性欲が無くなる
14) 性は男がリードするものだ
15) 夫の性的な求めに応じるのが妻の心得だ
16) 妻の性的な求めに応じるのが夫の心得だ
17) 女性から求めるのは恥ずかしいことだ

表2

2012年調査	有配偶者		単身者	
	男性	女性	男性	女性
40～50歳代	203 (50.2%)	260 (56.6%)	60 (65.2%)	122 (58.9%)
60～70歳代	201 (49.8%)	199 (43.4%)	32 (34.8%)	85 (41.1%)
合計	404	459	92	207

結果

1) 年代別調査対象者(表2)

2000年調査でも中高年の特に単身者の調査に協力していただける方が少なかったが、2012年調査では更に少なく、4,50年代と6,70年代に分けて検討した。

2) 性を肯定的に捉える(表3)

性をコミュニケーションの手段あるいはコミュニケーションの結果として捉えたり、快楽や楽しいものと捉えるものは男女共65%を超えており特に男性は90%前後である。有配偶者男女の比較で女性が有意に(1%水準)低いのみで、有配偶者か単身かと単身の男女の間に有意の差は見られない。

表3 性を肯定的に捉えているか

1. 性はコミュニケーションである			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	なし	92.1 (187/203)	88.5 (230/260)
60～70歳台	なし	84.6 (170/201)	86.9 (173/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50歳台	なし	91.7 (55/60)	91.0 (111/122)
60～70歳台	なし	90.6 (29/32)	81.2 (55/85)
有意差		なし	**

*: 0.01, **: 0.05

2. 性は快楽である			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	*	95.6 (194/203)	70.4 (183/260)
60～70歳台	*	88.6 (178/201)	61.8 (123/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50歳台		88.2 (53/60)	78.7 (96/122)
60～70歳台	なし	90.6 (29/32)	64.7 (55/85)
有意差		なし	**

*: 0.01, **: 0.05

3. 性は楽しいものである			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	*	95.6 (194/203)	73.5 (191/260)
60～70 歳台	*	94.5 (190/201)	64.3 (128/199)
有意差		なし	**
単身者			
40～50 歳台		91.7 (55/60)	84.4 (103/122)
60～70 歳台	*	93.6 (30/32)	67.1 (57/85)
有意差		なし	*

* : 0.01, ** : 0.05

3) 性を否定的に捉える (表4)

「性について(日常的に)口にしてはいけない」とか「不潔なこと、汚らわしいこと」のように否定的に捉えるものは、前者は10%前後、後者は1%前後と少なく有配偶者。単身

表4 性を否定的に捉える

4. 性について口にしては行けない			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	なし	9.4 (19/203)	11.9 (31/260)
60～70 歳台	なし	16.9 (34/201)	18.1 (36/199)
有意差		**	なし
単身者			
40～50 歳台	なし	11.7 (7/60)	10.7 (13/122)
60～70 歳台	なし	6.3 (3/32)	11.8 (10/85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

5. 性は不潔で汚らわしい			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	なし	1.0 (2/203)	1.0 (3/260)
60～70 歳台	なし	0.5 (1/201)	1.5 (3/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50 歳台	なし	1.7 (1/60)	0.0 (0/122)
60～70 歳台	なし	0.0 (0/32)	1.4 (1/85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

者、男性、女性の間有意の差は見られなかった。年代差も特徴は見られなかった。此の10年間で大きな変化は見られない(表9)。

4) 性は子孫を残すためのものと捉える (表5)

生物学的には生きているという事は、自分のDNAを次代に引き継ぐため、即ち生殖のためと捉えられているが、現在の調査対象では生殖のためと捉えているのは四分の一以下である。これは対象が生殖年齢を過ぎた中高年であったことも影響していることも考えられる。女性では10%を超える程度であり、男性では20%を超えており、有意水準は5～10%と低い男性の方がDNAを残そうという意欲は強いことを示しているかも知れない。

表5 性は子孫を残すためと捉える

6. 性の目的は子どもを産むことである			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	*	24.1 (48/203)	13.5 (35/260)
60～70 歳台	*	20.9 (42/201)	11.1 (22/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50 歳台	*	26.7 (16/60)	9.8 (12/122)
60～70 歳台	なし	15.6 (5/32)	17.6 (15/85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

5) 性に関する倫理的規範 (表6)

結婚や婚約という社会的決まり事から外れない方が良いとするものは最多でも50%弱であり平均すると三分の一以下である。「年齢が高い方が・男性より女性の方が・単身者より有配偶者の方が」規範に従おうとする人が多いが有意の差ではないか低い有意水準での差である。平均的に見るともっとも規範

表6 性に関する倫理的規範

7. 結婚や婚約なしに性的関係を持つのは良くない			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	**	9.9 (20/203)	17.7 (46/260)
60～70歳台	*	38.8 (78/201)	52.3 (104/199)
有意差		*	*
単身者			
40～50歳台	なし	6.7 (4/60)	4.1 (5/122)
60～70歳台	**	21.9 (7/32)	29.4 (25/85)
有意差		*	*

*: 0.01, **: 0.05

8. 愛情があれば性的関係をもっても良い			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	**	77.8 (158/203)	68.5 (178/260)
60～70歳台	*	65.7 (132/201)	40.7 (81/199)
有意差		*	*
単身者			
40～50歳台	なし	83.3 (50/60)	77.9 (95/122)
60～70歳台	**	81.2 (26/32)	60.0 (25/85)
有意差		なし	*

*: 0.01, **: 0.05

9. お互いの合意があれば性的関係をもつてよい			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	*	86.2 (175/203)	76.5 (199/260)
60～70歳台	*	79.1 (159/201)	54.3 (108/199)
有意差		なし	*
単身者			
40～50歳台	*	98.3 (59/60)	87.7 (107/122)
60～70歳台	*	93.8 (30/32)	67.1 (57/85)
有意差		なし	*

*: 0.01, **: 0.05

に従おうとするのは有配偶の女性であり、対極は単身の男性である。

これに対応するように、愛情があればあるいは合意していれば性的関係があっても構わないとする者が70%を超えており、有配偶者女性でも50%を超える人が認めている。

10. 売買春は悪いことだ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	*	55.2 (112/203)	85.0 (221/260)
60～70歳台	*	66.2 (137/201)	91.0 (181/199)
有意差		*	なし
単身者			
40～50歳台	*	45.0 (27/60)	84.1 (103/122)
60～70歳台	*	46.9 (15/32)	83.5 (71/85)
有意差		なし	なし

*: 0.01, **: 0.05

売買春についてはこれを悪いとするものももっとも多いのは有配偶者女性であり(80%超)、対極は男性単身者で50%を超える者が売買春を肯定している。

6) 加齢による変化をどう捉えているか(表7)

女性の性腺機能の明らかな変化は月経が無くなる(閉経)こととして捉えられるが、それは性生活とは関係ないとする者が男性・女性や有配偶・単身に関わらず90%前後である。「枯れる」という考え方は既に存在しないと見て良い。加齢とともに性欲は無くなるという事は有配偶者女性では単身女性より高く(有意水準1%)特に有配偶者女性にお

表7 加齢による変化をどう捉えているか

11. 閉経以後は性生活をやめるのが自然だ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	なし	10.3 (21/203)	9.6 (25/260)
60～70歳台	なし	9.6 (19/201)	12.0 (25/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50歳台	なし	5.0 (3/60)	0.8 (1/122)
60～70歳台	なし	0.0 (0/32)	4.7 (4/85)
有意差		なし	なし

*: 0.01, **: 0.05

12. 老年になったら男性は性欲が無くなる			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	なし	25.1 (51/203)	17.3 (45/260)
60～70 歳台	**	22.9 (45/201)	33.7 (67/199)
有意差		なし	*
単身者			
40～50 歳台	*	26.7 (16/60)	4.9 (6/122)
60～70 歳台	なし	6.2 (2/32)	10.6 (9/ 85)
有意差		*	なし

* : 0.01, ** : 0.05

13. 老年になったら女性は性欲が無くなる			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	**	27.1 (55/203)	36.5 (95/260)
60～70 歳台	*	27.4 (55/201)	48.7 (97/199)
有意差		なし	*
単身者			
40～50 歳台	なし	18.3 (11/60)	10.7 (13/122)
60～70 歳台	*	3.1 (1/32)	17.6 (15/ 85)
有意差		*	なし

* : 0.01, ** : 0.05

いては女性自身の性欲の消失を認めている者は35%を超えている。有配偶者男性も単身男性よりも有意に多くの者が女性の加齢による性欲低下を感じている。男性自身の性欲低下は有配偶者男性の方が多く認めているが、加齢による有意の差はない。

7) 性における男と女の関係の捉え方(表8)

パートナーが求めて来た時に応じるべきかという点については、有配偶者は男女とも応じるべきと思っている者が単身者よりも多いが、その思いは男性の方が強い。妻の要求に応じるべきだと思っているのは平均40%を超え、6,70歳台では50%を超える。それに対して単身女性では、自身でも相手に

表8 性における男と女の関係の捉え方

14. 性は男がリードするものだ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	なし	26.4 (54/203)	28.1 (73/260)
60～70 歳台	なし	41.8 (84/201)	41.2 (82/199)
有意差		*	なし
単身者			
40～50 歳台	なし	21.7 (13/60)	21.3 (26/122)
60～70 歳台	なし	34.4 (11/32)	24.7 (21/ 85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

15. 夫の性的求めに応じるのが妻の心得だ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	なし	22.7 (46/203)	16.2 (42/260)
60～70 歳台	なし	40.3 (51/201)	32.2 (64/199)
有意差		*	*
単身者			
40～50 歳台	なし	20.0 (12/60)	13.9 (17/122)
60～70 歳台	なし	28.1 (9/32)	18.8 (16/ 85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

16. 妻の性的求めに応じるのが夫の心得だ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50 歳台	*	34.5 (70/203)	17.7 (46/260)
60～70 歳台	*	53.2 (107/201)	28.6 (57/199)
有意差		*	*
単身者			
40～50 歳台	*	36.7 (22/60)	15.6 (19/122)
60～70 歳台	*	43.8 (14/32)	18.8 (16/ 85)
有意差		なし	なし

* : 0.01, ** : 0.05

対しても応じるべきだとする者は15%程度である。

性については男がリードすべきだという思いは高齢のものに多く、6,70歳台の有配偶者の男性および女性では40%を超える。単身女性では年台に関わらず25%以下である。

17.女性から求めるのは恥ずかしいことだ			
有配偶者	有意差	男性 %	女性 %
40～50歳台	*	1.0 (2/203)	16.9 (44/260)
60～70歳台	*	3.0 (6/201)	23.1 (46/199)
有意差		なし	なし
単身者			
40～50歳台	**	1.7 (1/60)	10.7 (13/122)
60～70歳台	なし	3.1 (1/32)	9.4 (8/ 85)
有意差		なし	なし

*: 0.01, **: 0.05

また女性から求めるのは恥ずかしいことと
思っている女性は10%を超え、特に有配偶
者女性では20%を超えているが、それに対
して男性は単身・有配偶あるいは年齢と関係
なく数%と極めて少ない。

8) 単身者の2003年調査からの変化(表9)

2003年調査と今回の2012年調査について
yesと回答したものの頻度を、各年齢を合計

したもので比較検討を行った。17項目中の4
項目(*印)を除いて、有意の差ではないが
性的に開放され、性の場面における「こうあ
るべき」という規範的なものは解消されつつ
あるように思われるが、完全なランダムサン
プリングではなく地域的な、また回答者に高
学歴のものが多いなど対象の偏り考慮する
必要がある。

考 察

1972年以前に生まれた40歳以上の人を調
査対象としているが、8割り前後の方が性を
肯定的に捉えている。性に関するタブーは弱
くなりつつあるが、男性と女性の意識にすれ
違いは、まだ多いのではないと思われる。
例えば今回の調査で、「女性から求めるのは
恥ずかしいこと」と考える女性が二割弱居る
が、男性は2%がそう思っているだけである。
歳を重ねるという事から見ると、年齢区分

表9 単身者の性に関する意識・規範の2003年、2012年の比較

調査対象の性別	女 性		男 性	
	2003	2012	2003	2012
調査施行年				
調査例数	263	207	145	92
1.性はコミュニケーションである	80%	87%	85%	91%
2.性は快楽である	62%	73%	85%	89%
3.性は楽しいものだ	67%	77%	88%	82%
4.性については口にしてはいけない*	15%	11%	7%	*10%
5.性は不潔で汚らわしい	3%	1%	2%	1%
6.性の目的は子どもを産むことだ*	14%	13%	18%	*23%
7.結婚や婚約なしで性的関係をもつのはよくない	26%	15%	20%	12%
8.愛情があれば性的関係をもってもよい	62%	71%	82%	83%
9.互いの合意があれば性的な関係をもってもよい	68%	79%	88%	97%
10.売買春は悪い事だ*	77%	84%	55%	*46%
11.閉経以後は性生活をやめるのが自然だ	6%	2%	5%	3%
12.老年になったら男性は性欲がなくなる*	11%	7%	17%	*20%
13.老年になったら女性は性欲がなくなる	30%	14%	23%	13%
14.性は男性がリードするものだ	29%	23%	36%	26%
15.夫の性的な求めに応じるのが妻の心得だ	24%	16%	37%	23%
16.妻の性的な求めに応じるのが夫の心得だ	26%	17%	48%	39%
17.女性から求めるのは恥ずかしい事だ	16%	10%	4%	2%

*: 2003年調査と比較して保守化傾向か?と思われる4項目。男性のみである。

*: 2003年調査と比較して保守化傾向?と思われる4項目。男性だけである。

を大きく40～50歳台と60～70歳台の二つのグループとしたので、グループ間では約20年の差があることになるが、このグループ間で大きな差はないものと顕著な差のあるものがある。規範や倫理的な思考にかかわるものは、例えば結婚あるいは婚約という社会的に認められた関係にない状態での性的関係についてはよくないとするものが高齢グループでおおよそ3～7倍である。一方、前者に属するものは、性のコミュニケーションにかかわるものであり、楽しいものとしてとらえているものが70～90%で年代差が無いのは、生殖年齢を過ぎていることもあるとおもわれる。しかし加齢により性欲がなくなるかについては、自分がその年代に到達してみると、想像していたものとは違うことを自覚している様子が見られる。

男性と女性で大きな差があるのは売買春の問題である。女性は配偶者が居る、居ないに関わらず、「悪いこと」としているものが83.5%から91%である。此の質問に答えなかったものは3～4%である。これに対して

男性では売買春は悪いこととするものは45～68.2%で、単身者では平均で46%である。質問に答えなかったものは女性グループと同じく3～4%である。

某自治体の長が、端なくも男のセクシュアリティについての問題提起をした形になったが、性的欲求をコントロールするのは難しいことであり、売買春を必要悪とするのか、男性に対する性教育の必要性は、多くの人が認めるところだが、その基礎になる部分の議論が必要であろう。

文 献

- 1) 日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所 平成24年1月推計
- 2) 荒木乳根子，中高年単身者のセクシュアリティ 日本性科学会雑誌 23巻 suppl. 6-32頁，2005
- 3) 荒木乳根子ほか，中高年のセクシュアリティ 男女のパートナーシップの現状について 日本=性研究会議会報 12巻，1号，2-18頁，2000

原著

男性ホルモン投与中のFemale to Maleトランスジェンダー／ 性同一性障害者の話声位基本周波数の変化について

東京大学大学院 総合文化研究科¹⁾

東京大学 教養学部附属教養教育高度化機構²⁾

はりまメンタルクリニック³⁾

正岡 美麻¹⁾, 坂口 菊恵²⁾

針間 克己³⁾, 長谷川寿一¹⁾

The effect of androgen on the fundamental frequency of the voice in a Female to Male transgender (person with gender identity disorder)

Graduate School of Arts and Sciences The University of Tokyo¹⁾

Komaba Organization for Educational Excellence The University of Tokyo²⁾

Harima mental clinic³⁾

MASAOKA Mio¹⁾, SAKAGUCHI Kikue²⁾

HARIMA Katsuki³⁾, HASEGAWA Toshikazu¹⁾

和文抄録

本研究はFemale to Male (FTM) トランスジェンダー／性同一性障害者が、男性ホルモンの投与を行った際、どの程度話声位基本周波数(声の高さ)が変化するかを調査したものである。身体的女性への男性ホルモンの投与によって音声が高くなることは経験的に知られて来たが、それを具体的な数値として示した研究は世界的に見ても非常に少ない。本研究では、男性ホルモン投与によって最も変化が期待される投与開始2か月目から5か月目の音声を2～4週間ごとに観察した。

男性ホルモン投与を開始した18歳のFTM1名の文章音読の音声を録音し、音響分析を行い話声位基本周波数、最高基本周波数、最低基本周波数を調べた。

結果、投与開始2か月目の時点で149.4Hzだった基本周波数は全測定時において経時的に低下し、5か月目には101.5Hzとなった。最高基本周波数も全測定時において経時的に低下した。

身体的女性への男性ホルモン投与の効果として、投与2か月目から5か月目では、2週間ごとでも文章朗読中の音声の高さに変化が起きる事が示された。

abstract

The current paper investigated the effect of androgen on the voice pitch in a Female to Male (FTM) person with Gender Identity Disorder (GID). Although it has previously been known that the voice of physically female became lower after androgen administration, there have been few quantitative studies regarding transgender/transsexuals or people with GID's voice pitch. We recorded the participant's voice from 2 to 5 months after start of androgen administration every 2 to 4 weeks, as previous studies indicated that this term is most likely to have greatest impact on physiological change, including voice.

Our participant, 18-year-old FTM, recorded his speech voice, from which we subsequently analyzed fundamental frequency, maximum frequency, and minimum frequency.

The results indicated that the fundamental frequency was 149.4Hz after 2 months androgen administration, and then the fundamental frequency gradually became lower with time at all measurement points, and it became 101.5Hz after 5 months of androgen administration. The same tendency was observed for the maximum frequency as well.

These results demonstrate that androgen indeed changes the physical characteristics of female voice, and this change is observable even when androgen administration was carried out only fortnightly.

Keywords: female-to-male, transgender/transsexual, gender identity disorder, voice pitch, androgen administration

緒言

望む性別で生活する上で“声”はしばしば重要な要素の一つとなる。出生時に定められた性別とは異なる性別で生活することを望むトランスジェンダー／性同一性障害者が、その性別に適した音声を獲得することは新しいジェンダーで受け入れられる上で重要であり¹⁾、身体的特徴や身体の構造に加え、話し方や音声の特徴も新しい性に適したものを得ることを、トランスジェンダーのクライアントは望む²⁾とされている。Female to Male FTMを対象としたアンケート調査³⁾でもFTM16名中14名が「声の変化は性別適合手術と同程度に重要」と回答している。

基礎研究から、蛋白同化ステロイドと男性ホルモンが女性の声帯筋を太くすることが証明されている⁴⁾。また男性ホルモンの投与治療によって声帯の太さ、厚さに影響が及ぼされた結果、FTMの声は通常、話声位(日常の会話に使われる声の高さ)の低下が見られることも経験的に知られてきた。そのためMale to Female (MTF)のように音声外科手術⁵⁾やボイストレーニングを声を変化させる方法の選択肢の一つとして考えることはあまり一般的でなく、また音声の特徴に関する研究もMTFを対象とした研究ほど盛んには行われてこなかった。FTMの音声の特徴を定量的に示した研究は非常に少なく、我々

の渉猟では、33歳のセミプロシンガー1名のケースレポート⁶⁾、ボイストレーニング等をしたことのない2名を対象とした経時変化調査³⁾、映像と音声を組み合わせる場合とそうでない場合で“男性らしさ”に違いがあるかの実験研究(予備調査として、各人のホルモン投与の有無と投与者の場合その期間、音声の高さが調べられている)⁷⁾という三つの論文、加えて日本の研究では1例を対象とした母音発声による音域の経時変化を示した学会発表⁸⁾、その他は筆者らの行ったホルモン投与群および未投与群の横断研究⁹⁾¹⁰⁾が見つかるのみであった。

上記の研究を総合して考えると、FTMの場合男性ホルモン投与開始から実際の音声の変化があるまでには数か月の期間が必要と推察され、特に投与開始3か月目～4か月目の間に急激な話声位の低下が見られるケースが観察されたが、まずデータがまだ少ないためこれが全FTMに汎化できるものかと言えないこと、そしてまたこれらは母音の発声可能領域を調べた研究が主であり、実際の語り、文章の発話において、どういう音声が使われるようになっているかが未知であることが問題点として挙げられる。

そこで我々は今回、最も音声の変化が顕著に起こると考えられる、ホルモン投与開始から2か月目～5か月目に着目し、特に文章発声の際の話声位について、定量的な調査をすることを目的とし、研究を行った。

方 法

関東圏のクリニックに通院している18歳のFTM1名を対象とした。録音は被験者の男性ホルモン投与(125mgのエナント酸テス

トステロンを2週間ごとに筋肉注射)開始後2か月から5か月の期間で、最初の5回は2週間のホルモン投与のタイミングごとに、最後の1回のみ1か月あいたタイミングで、計6回行った。録音にはレコーダー(H2 Handy Recorder, ZOOM)およびマイク(ECM-MS957, SONY)を用いた。録音の条件は次の通りである。録音はクリニック内の静かな一室にて行った。録音の際は調査者がレコーダーを操作し、参加者から約50cm離れた位置に座った。参加者自身も座り、マイクは参加者が手に持った状態で発声を行った。発声内容は、「本日は晴天ですが、風がとても強いです。上着を忘れずに、かぜなどひかないよう、気をつけてお出かけ下さい」という文章の音読で、これを意識しないで自然にできる発声で3回ずつ発話してもらった。その際、マイクを口元から約10cmの位置に持ち発声中にマイクをできるだけ動かさないようにすること、また音声の大きさは普段話す音声と同じ程度にするよう教示を行った。

録音した音声は、音響分析用ソフトウェア(Praat v5.0.38)を用いて分析した。基本周波数とは音声を発した際に声帯が振動する周期の逆数(一定時間にどれだけ振動が起きるか)を表したもので、「声の高さ」の指標として一般に多く用いられている。今回は分析用ソフトウェアからこの基本周波数を算出した。分析は発声が安定していると考えられる音声として2回目に読まれた文章を対象とした。話声位を示すpitchの波形を確認し、雑音の混入等による不適切な波形を適宜削除した上で、基本周波数はPraat内のコマンドであるGet pitch で得られた値を、上限基本周波数はGet maximum pitch で得られた値

を、下限基本周波数は Get minimum pitch で得られた値を、抑揚は上限基本周波数から下限基本周波数を引いた値をそれぞれ使用した。

なお本研究は、東京大学大学院総合文化研究科・教養学部の一ヒトを対象にした実験に関する倫理審査委員会の承認を得ており、医師の監督のもとインフォームド・コンセントを行い参加者から録音およびその音声の音響分析を行うことへの同意を得た上で実施している。

結果

文章中の音声の高さの指標となる基本周波数、最も高い音声の指標となる上限基本周波数、最も低い音声の指標となる下限基本周波数は、図1に示したようになった。基本周

波数は投与開始2か月目の時点では149.4Hzだが、2週間ごとに139.3Hz、123.6Hz、113.6Hz、105.2Hzと低下し、その1か月後の5か月目の時点では101.5Hzと測定期間の3か月間で47.8Hzの低下が見られ、かつ全ての測定時に経時的に値が下がっていることが分かった。上限基本周波数も、2か月目の時点では179.3Hzであったのが、2週間ごとに158.5Hz、146.7Hz、133.5Hz、126.6Hzと低下し、その1か月後の5か月目の時点では115.6Hzと測定期間の3か月間で63.8Hzの低下があり、かつ全ての測定に経時的な低下がみられた。下限基本周波数は2か月目の時点で124.3Hz、その後2週間ごとに119.5Hz、92.7Hz、94.5Hz、90.6Hzと推移し、その1か月後の5か月目の時点では89.7Hzと変化した。測定期間の3か月間では34.6Hzの低下が見られた。

FTM1例の声の高さの変化

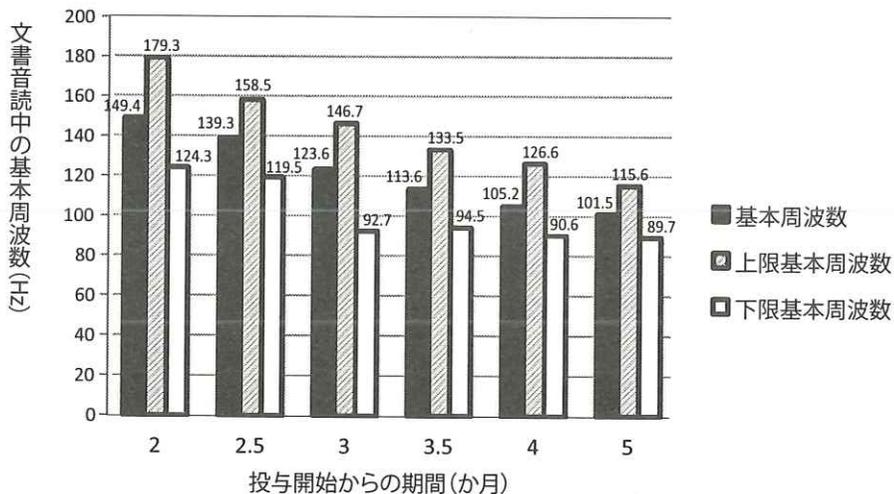


図1：投与開始からの期間と基本周波数の変移

縦軸は、文章音読中の基本周波数（声の高さの指標）、上限基本周波数（最も高い声の指標）、下限基本周波数（最も低い声の指標）を示している。横軸は投与開始からの期間。基本周波数および上限基本周波数は、投与開始2か月から5か月まで、毎測定時ごとに低下していることが分かる。

声の高さの変化の大きさ

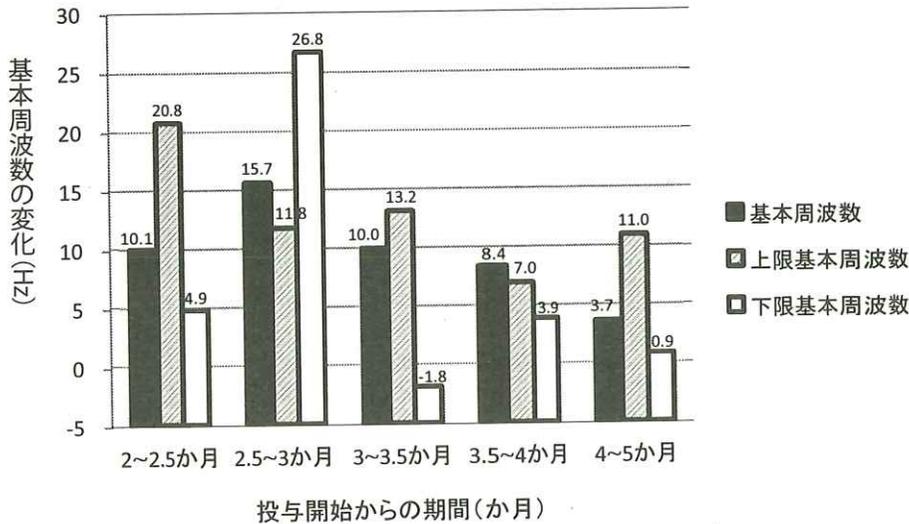


図2：投与開始からの期間ごとの基本周波数の変化の大きさの変移

縦軸は、文章音読中の基本周波数、上限基本周波数、下限基本周波数を示している。0より値が大きければその期間内にその分値が低下し、0より値が小さい場合(3~3.5か月の下限基本周波数のみ)は期間内に値が上昇したことを表している。横軸は投与開始からの期間を2週間、ないしは4週間の測定ごとに区切っていることを示している。基本周波数および下限基本周波数は2.5か月目~3か月目の間で最も大きな変化が訪れ、上限基本周波数は2か月目~2.5か月目に最大の変化がある。

変化の大きさに着目すると図2に示すような変遷が見られた。基本周波数に関しては、2か月目~2.5か月目が-10.1Hz、2.5か月目~3か月目が-15.7Hz、3か月目~3.5か月目が-10.0Hz、3.5か月目~4か月目が-8.4Hz、4か月目~5か月目が-3.7Hzとなった。上限基本周波数は、2か月目~2.5か月目が20.8Hz、2.5か月目~3か月目が11.8Hz、3か月目~3.5か月目が13.2Hz、3.5か月目~4か月目が7.0Hz、4か月目~5か月目が11.0Hzとなった。下限基本周波数は、2か月目~2.5か月目が4.9Hz、2.5か月目~3か月目が26.8Hz、3か月目~3.5か月目が-1.8Hz、3.5か月目~4か月目が3.9Hz、4か月目~5か月目が0.9Hzとなった。

抑揚の結果は図3に示した通りである。

先に述べたように上限基本周波数から下限基本周波数を引いた値を抑揚と定義している。投与開始2か月目の時点では55.0Hz、その後2週間ごとに39.0Hz、54.0Hz、39.0Hz、36.0Hzと推移し、その1か月後の5か月目の時点では25.9Hzとなっていた。

考察

男性ホルモン投与開始後2か月目から5か月目までのFTMの日本語の文章音読の音声の高さの特徴を定量的にみたところ、基本周波数という音声の高さの指標が、約149Hzから約105Hzまで低下した。また文章内の最も高い周波数も約179Hzから約116Hzまで、最も低い周波数も約124Hzから約90Hzまで低下した。これらは男性ホルモンの効果によ

口頭発表. 2012.

- 9) 正岡美麻, 高木謙太郎, 坂口菊恵, 針間克己, 阿部輝夫, 長谷川寿一. Female to Male の声の特性: 男性ホルモンの投与による変化. *GID学会第12回研究大会口頭発表*. 2010.
- 10) 正岡美麻, 高木謙太郎, 坂口菊恵, 針間克己, 阿部輝夫, 長谷川寿一. 声の性別判定に関する研究: ホルモン未投与および投与中のFemale to Maleを対象として. *GID学会第13回研究大会口頭発表*. 2011.
- 11) Yang CY, Palmer AD, Murray KD, Meltzer TR, Cohen JI. Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: results of surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 111:477-485, 2002. 6)
- Ettner R, Monstrey S, Evler E. *Principles of transgender medicine and surgery*. Haworth Press. 2007.
- 12) Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Gender Role Reversal among Postoperative Transsexuals. *International Journal Of Transgenderism*. 3: 1, 1988.

原 著

射精障害の現状と問題点 —早漏と遅漏(射精困難)について—

長野赤十字病院泌尿器科

天野 俊康

Current status and clinical problems of ejaculatory dysfunction —Premature and Delayed ejaculation—

Department of Urology, Nagano Red Cross Hospital

AMANO Toshiyasu

【和文抄録】

射精障害には、早漏と射精困難の2つがあり、射精困難はさらに腔内射精障害を含む遅漏、逆行性射精、射精の起こらないanejaculationに分類される。

早漏は、女性パートナーの望む時間に比べて腔内射精潜時が十分な長さでないことと規定される。心理療法や行動療法も行われるが、臨床的には薬物療法が中心で、選択的セロトニン再吸収阻害剤(SSRI)である paroxetine が使われ、海外では早漏に特化された dapoxetine などでも使用されている。局所麻酔含有の軟膏や、最近では α ブロッカーなども早漏治療法として挙げられる。

射精困難の中でも、腔内射精障害は本邦において、不満足な性行為と男性不妊症という点からも重要な病態である。腔内射精障害の原因としては、不適切なマスターベーション、強すぎる握力などが挙げられるが、薬物療法の効果は低く、マスターベーション訓練器具なども試されている。男子思春期性教育でマスターベーションの指導による予防も重要である。

さらに射精困難のうち、逆行性射精に対してはアモキサピンの有効性が高いが、anejaculation 自体の治療は難治性である。

射精困難においては、男性不妊症の治療を並行して行っていくことも重要なポイントである。

【英文抄録】

Ejaculatory dysfunction (EjD) has two aspects, one is premature ejaculation (PE) and the other is ejaculatory insufficiency.

PE is defined as intra-vaginal ejaculation latency time (IELT) is not long enough compared with duration of female partners' desire. In clinical practice, pharmacological treatments with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), especially paroxetine are widely accepted.

Recently, the efficacy and safety of dapoxetine, a short-acting SSRI, for PE have been reported. Topical usage of OTC (over the counter) ointment (testosterone + local anesthesia) might be accepted. In addition, some of alpha-blockers might have favorite possibility for the treatment of PE.

Among ejaculatory insufficiency, intravaginal ejaculatory incompetency is a big problem in Japan, because of dissatisfaction sexual intercourse and infertility. The causes of intravaginal ejaculatory incompetency are considered to be inadequate masturbation method and/or stronger grasping power, etc. The efficacy of pharmacological treatments for intravaginal ejaculatory incompetency is not satisfied. A treatment with masturbation training tool is also applied for delayed ejaculation.

The clinical efficacy of amoxapine for retrograde ejaculation (RE) is rather fair. However, the treatment for anejaculation is very difficult.

It is very important that we should always consider the treatments for male infertility in patients with ejaculatory insufficiency.

【Keywords】

premature ejaculation, delayed ejaculation, intra-vaginal ejaculatory insufficiency, retrograde ejaculation, anejaculation

【緒言】

男性性機能障害は、性欲障害、勃起障害、射精障害、オルガズム障害からなる。勃起障害 (erectile dysfunction; ED) に対しては、陰茎血管における勃起のメカニズムの研究が進み、phosphodiesterase type 5 (PDE5) 阻害剤が開発され、臨床的に使用可能となって ED の治療は飛躍的に進歩した。しかしながら、その他の性機能障害に関しては、診断や治療には難渋する点が多い。今回、それらの中でも頻度の高い射精障害に関して、臨床的に検討を加え報告する。

【方法】

射精障害を分類し、その診断および治療につき、当科での臨床的経験や文献的考察を行

い、本邦における射精障害の課題を検討した。

【結果】

射精障害に関しては、国際性機能学会 (International Consultation on Sexual Dysfunction) の recommendations によると、まず①早漏 (premature ejaculation; PE)、②オルガズム障害 (orgasmic dysfunction) に分けられ、それぞれのアルゴリズムが提唱されている。このように海外では、PE の比重が重く、診断、治療とも積極的に行われている。一方、オルガズム障害 (orgasmic dysfunction) として、オルガズムの有無によって分類されており、delayed ejaculation, anejaculation, anorgasmia の管理取り扱いのアルゴリズムとして示されている。しかしながら、本邦の臨

床では、PEのため医療機関を受診することはあまり多くなく、膣内射精障害 (intravaginal ejaculatory insufficiency) といった射精困難のために受診する場合が多数を占める。射精困難は男性不妊症との関係もあり、本邦の射精障害は、海外で分類されている射精障害とはやや異なると思われる。

国際性機能学会以外にも射精障害の分類には本邦でも色々あるが、今回はKondoの分類²⁾ 準じて、PE (早漏)、Delayed ejaculation (遅漏、膣内射精障害を含む)、Retrograde ejaculation (RE; 逆行性射精)、Anejaculation に分類して検討する。

(1) 早漏 (premature ejaculation; PE)

国際性機能学会³⁾によるとPEは、(i) 膣内挿入から射精までの時間である射精潜時の短縮、(ii) 射精のタイミングを自分でコントロールできない、(iii) 射精障害のため自分自身の悩みになりパートナーとの関係に問題が生じる、とされている。さらに具体的には、いつもあるいはほとんどいつも膣内挿入後1分以内に射精してしまい、膣内で射精を遅らすことができず、その結果として苦痛、悩み、欲求不満、性的親交を避けるといったネガティブな状態に陥る⁴⁾。従って、PEは膣内射精潜時 (intra-vaginal ejaculation latency time: IELT) が問題となり、それによってパートナーとの親密さが損なわれる点が非常に重要である。女性側にも個人差があり、女性パートナーの欲求に比べてIELTが不十分であるという相対的な要因もあるが、PEのない男性のパートナーのオルガズム障害が24%であるのに対して、PEのある男性のパートナーでは52%に認められ⁵⁾、PEはパートナー

への影響も大きい。

PEの診断には、病歴や病状の聴取が重要であり、海外ではTool for Assessing Premature Ejaculation といった問診票も活用されている⁶⁾。客観的な指標としてはIELTが挙げられる。IELTは、膣内挿入から射精までの時間を、ストップウォッチなどにて患者自身あるいはパートナーにより計測し、治療効果判定にも有用である。しかしながら、本邦では医療者側から依頼しても、煩雑である、ムードを壊す、集中できないといった理由から、なかなか継続してもらえず、正確性にも曖昧な点が残る。最終的には、患者およびパートナーの満足度がPEの診断にも治療にも最大の要件ということになると考える。

PEの主な治療法を表1に示す。まずIELTのみならず前戯・後戯も大切にして性行為全体を通じて良好なパートナーとの関係を築きあげることの重要性を認識する。本邦の女性パートナーも、IELT自体より、前戯・後戯の時間の延長を希望していると報告されている⁷⁾。行動療法としては、セマンズ法やスクイーズ・テクニックといったstop and start method が挙げられる。セマンズ法は、パートナーの協力のもとに、陰茎を手的に

表1 主なPEの治療法

- | |
|--|
| ▶1. 前戯および後戯の充実
→女性パートナーの性的興奮の増加 |
| ▶2. 行動療法
Stop & Start method
(セマンズ法、スクイーズ・テクニック)
→陰茎の刺激と中断で射精をコントロール |
| ▶3. 薬物療法
(a) 選択的セロトニン再吸収阻害剤 (SSRIs)
(b) Topical usage (Ointment)
(c) α -blockers (?) |

刺激して、射精しそうになったら刺激を中止することを3回繰り返し、4回目に射精することで、射精を自分でコントロールするトレーニングである。スクイズ・テクニックは、射精しそうになったら包皮小帯を親指で抑えて、同様に射精を調節する方法である。ただ、指導には相当な時間的制約があり、パートナーの協力も必須であり、本邦で臨地的に行っていくことはかなり困難である。そこでPEの治療の薬物療法として汎用されているのが、選択的セロトニン再吸収阻害剤(Selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)である。SSRIによる種々の副作用に対する注意喚起もなされているが、SSRIの中でも塩酸パロキセチンがPEに有効で、20mgを性交5時間前の内服することによりIELTが平均139.8秒(2.3分)から521.4秒(8.7分)に改善され、有効率は95.2%と報告されている⁸⁾。海外では、PE治療専用のSSRIである作用時間型のdapoxetineが使用可能であり、高い有効性が認められている⁹⁾。鎮痛剤であるtramadolも安全性が高いとして海外ではPEの治療薬として使用されており¹⁰⁾、メカニズムは不明であるが、性交の2~8時間前に内服することにより、IELTが3分間延長し、パロキセチンの効果と差がなかった。

局所治療として、テストステロンと局所麻酔薬が混じった軟膏がOTC(over the counter)薬として本邦でも入手可能であり、ある程度使用されていると考えられる。IELT延長の効果も消費者のアンケート調査であるようだが、正確な有効性・安全性の報告はないのが現状である。

前立腺肥大症に対する治療薬である α ブロッカーのシロドシンによる射精抑制作用

を利用して、最近PEに対する新たな治療法として期待されている¹¹⁾。 α ブロッカーは広く高齢男性に投与されている薬剤であり、安全性も高く、射精に対する作用も比較的短時間かつ可逆性に影響するので、今後の展開が期待される。

PEの有病率は世界的に23%と高く¹²⁾、本邦でも多くの患者が存在すると考えられる。治療法も本邦ではかなり制限はあるものの、有効な方法も色々考えられる。しかしながら、PEを主訴に医療機関を受診する患者数は決して多くない。当科においても射精障害患者は膣内射精障害などの射精困難例が多く、PEは射精障害のうちの14.6%であり、EDやlate onset hypogonadism(LOH)症候群も受診する男性性機能障害外来受診者のわずか1.6%のみであった。海外ではPEに対する関心が高く、本邦では使用できないものも含め種々のPE治療薬が普及している。しかしながら、本邦においては、PEのために男性性機能外来を受診する患者数は極めて低いと考えられた。種々の民間療法やOTC剤、サプリメントなど、医療機関に受診せずに個々で治療していたり、諦めてしまったりしているのが現状かもしれないが、本邦におけるPEに対する関心・認識は非常に低いと考えられた。

(2) Delayed ejaculation(遅漏, 膣内射精障害を含む)

PEでは、男性側の短いIELTのため、女性パートナーがオルガズムに至る前に男性がオルガズムに達してしまう。いわゆる男性の射精が遅れる遅漏はPEとは逆に男性側のオルガズムが遅くなるということで、どちら

の場合も、パートナーとのオルガズムとのタイミングの乖離が問題となる。遅漏の場合は、女性パートナーが疲れてしまったり、膣の疼痛を生じたりすることなどが問題となるが、医療機関受診者数は少ないと考えられる。IELTのみでなく、カップルの間での愛情表現や親密度を全般的に向上させていくことも問題解決の一助になると思われる。

男性性機能を扱う国内の医療機関で、頻度が高くかつ難治性であるということで問題となっているのが、膣内射精障害である。膣内射精障害は、マスターベーションは可能だが、膣内では射精ができない状態である。膣内射精障害の原因としては、心因性、糖尿病、神経障害、内分泌障害、薬物障害などが挙げられるが、最も重要かつ高頻度であるものは、陰茎の擦り付けや過度の握力といった不適切なマスターベーションに起因している。不適切なマスターベーションの具体例としては、シーツや畳・床に陰茎を擦りつける、週刊誌や布団・枕に陰茎を挟んで擦る、陰茎を股間に挟んで擦るといったといった方法がとられている。このような特殊で独自のマスターベーションの方法が思春期以降継続して習慣化されており、結婚して通常の性行為の際には、膣内では射精不可能となってしまっている。その結果、自分自身は膣内で射精ができないため、オルガズムが得られず、また女性パートナーからは不妊症という問題が生じるために、医療機関を受診することとなる。

膣内射精障害に対する診療の実際として、まず診断に関しては、詳細な病歴聴取が重要である。パートナーとの関連、性欲、勃起といった男性性機能、どのような射精困難であ

るか、マスターベーションの方法、射精する際の状況の聴取、握力の強さ、陰毛や精巣容積、陰茎サイズなどの外陰部を含めた診察などを行う。

膣内射精障害と診断された時点で重要な点は、どこに治療目標を置くかということである。膣内射精障害ではオルガズムが起こらず、患者本人の性行為に対する不満感は強く、パートナーもタイミングが合わず満足度に問題があることが主訴であれば、射精障害自体の治療を行う。しかしながら、膣内射精障害が男性不妊症の原因となっており、カップルの間で育児希望がある場合は、男性不妊症の治療を優先させる必要がある。射精障害の治療を行い、治療による改善の後、自然に妊娠、出産が進んでいくことが理想ではあるが、膣内射精障害自体の治療は難渋することが多く、膣内射精障害自体が改善されず時間経過が長くなり女性の年齢的問題などに影響がでて、妊娠、出産の確率が低下する可能性が高くなる。パートナーとともに病状を説明して、どのように治療方針を選択するかを検討しなくてはならない。

以上の点を考慮した上で、治療方針を決定して治療方法を選択していくことになる。膣内射精障害の治療の原則は、不適切なマスターベーションに起因していることが多いので、思春期以降の長期にわたり、独特で固定化・習慣化した方法でないと射精反射が起きない状況を変化させて、射精可能にすることである。

リラックス・自信回復により、射精障害を改善させる心理療法は、重要な治療法である。しかしながら、心理療法を習得することは容易ではなく、実際の臨床現場では、手技的に

も、時間的にも困難な面が多く、心理療法のみでの治療は困難と考える。

不適切なマスターベーションにより、独特で固定化・習慣化した方法でないと射精ができない状況を変化させるための行動療法も一法である。具体的には、弱い圧力によるスラスト運動にて射精を誘発するという指導である。元来、PEの治療法として行われるセマンズ法やスクイーズ・テクニックといったstop and start methodは、射精を自分でコントロールするという観点から遅漏や腔内射精障害にも適応となるが、前述したように臨床的には困難なことが多い。

コンドーム・マス法は、内部に潤滑剤をつけてコンドームをかぶせることにより、腔内に似た環境としてマスターベーションを行う。カウパー腺からの分泌液も潤滑の補助となる。その上で柔らかい握力で、スラスト運動をすることにより射精に至るトレーニング法である。一般的に腔内射精障害は、マスターベーションは可能であるので、結合した状態のまま、あるいは一旦腔から抜去して、陰茎に用手などにて機械的刺激を加え射精反射を誘発して、射精の瞬間を腔内で行うブリッジ・テクニックなども指導している。

最近では、masturbation AID (TENGA®)による射精トレーニングも行われて、75%がmasturbation AID内で射精可能となり、31%が腔内射精可能となった報告されている¹³⁾。

腔内射精障害に対する薬物療法も試されている。三環系抗うつ剤であるアモキサピンは、逆行性射精に対しては81.0%と高い有効性が示されているが、射精困難に対する有効率は、16.7%と報告されている¹⁴⁾。交感神経 α_2 アンタゴニスト+セロトニンアンタゴニス

トであるヨヒンピンは、イヌの実験において、低用量では射精量の増加、高用量では射精量の減少が認められる¹⁵⁾。われわれは、原則的にヨヒンピン5mgをon demandに性交1時間前に内服して、腔内射精障害に対する臨床的效果につき検討したところ、多少でも射精が可能となったものを有効と判定したところ、有効率は60%であった¹⁶⁾。この報告以降も症例を重ね、最近のデータを再集積した結果、性交1時間前にヨヒンピンを5mg内服した72名のうち、判定可能であった41名(20~78歳、平均45.4±15.6歳)において、多少でも射精が可能となったものは24名(58.5%)であり、動悸、冷汗、めまい、虚脱感、胃痛といった副作用は認められなかった。判定可能にまで至らないケースも多く、またヨヒンピンによる射精促進効果はコンスタントではないといった問題点も多いが、ヨヒンピンは、腔内射精障害の治療法の一つとして期待される。

腔内射精障害自体の治療法として、心理療法、行動療法、薬物療法を行っても、臨床的には良好な治療成績を得ることは困難である。そこで、不適切なマスターベーションに起因する腔内射精障害に対して、男子思春期教育を通じて適切なマスターベーションの方法を指導することにより、腔内射精障害の予防を行うことも重要である。当科でも、年平均15回くらい、中学~高校を中心に男子思春期教育の講演を行っている。男子思春期教育には、色々な制約もあり、いきなりマスターベーションの指導ということは必ずしも容易ではないが、男子思春期の心と体の変化、マスターベーションの意義、パートナーとの関連性、性感染症や望まざる妊娠といっ

た要点を説明しながら、機会があればスラスト運動によるマスターベーション(図1)も指導するようにしている¹⁷⁾。

腔内射精障害における問題点の一つが男

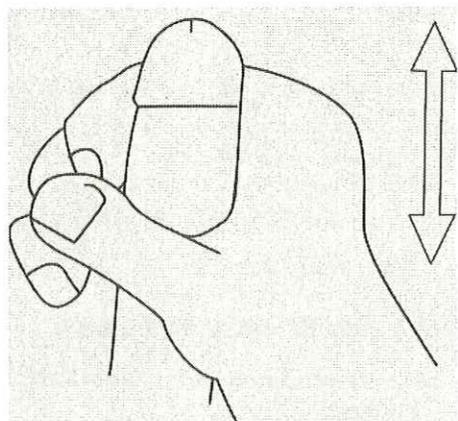


図1 スラスト運動の指導用スライド

性不妊症である。腔内射精障害自体の治療の困難さもあり、挙児希望のカップルに対しては、腔内射精障害の治療とは別途に進めていく必要がある。マスターベーションにて射出した精液を使用することによりパートナーの妊娠は可能であるので、ブリッジ・テクニックや、スポイド法(マスターベーションによって射出された精液を1~5 mlのシリンジにて吸ってパートナーの腔内に注入する)により、妊娠を試みる。さらに、挙児希望が強く、パートナーが妊娠に至らない場合には、産婦人科とも相談しながら、精液検査の結果に基づき、人工授精などの補助的生殖技術(ART)による不妊治療を行っていく。

(3) 逆行性射精(Retrograde ejaculation; RE)

射精現象は、1. 精液が後部尿道口に排出(Emission)、2. 精液が前部尿道を通過し外尿道口から放出(Ejaculation)、3. 順行性

射精のための内尿道口の閉鎖(Bladder neck contraction)からなり、オルガズムはこれらの3現象に付随して生じる。Emissionによって精巣側より輸送されてきた精液は、通常は連続的にEjaculationにて尿道から体外へ放出されるが、REは、3.の内尿道口の閉鎖不全のため、膀胱内へ逆流してしまう。従って、射精感・オルガズムは感じるが、尿道口からの精液の射出をせず、射精後(オルガズム後)の膀胱尿中に精子を確認することにより診断される。

内尿道口の閉鎖は下腹神経由来とされており、この神経が障害される糖尿病、後腹膜リンパ節郭清術後、大動脈手術後などや、経尿道的前立腺切除術(TUR-P)といった内尿道口の損傷などが原因として挙げられる。われわれもREを主訴とした未診断・未治療の重度の若年性糖尿病患者を経験しており¹⁸⁾、全身的な検索も重要である。

REの治療は、膀胱頸部へのコラーゲン注入といった外科的な治療法なども報告されているが¹⁹⁾、前述した三環系抗うつ剤であるアモキサピンのREに対する有効率は81.0%と報告されており¹⁹⁾、RE治療の第一選択と考える。

さらに、腔内射精障害同様、男性不妊症に対する治療も重要である。逆行性に膀胱内へ射出された精子を利用して、ARTに供することが行われるが、精子が尿に曝されたり、感染があると、精子の質の低下が生じたりするため、膀胱内より回収された精子での人工授精での妊娠成功率は高くなく、産婦人科と連携して顕微授精などの治療を進めていくことも考慮していく。

(4) Anejaculation

尿道から精液の射出がない場合、射精感・オルガズムがあり、その後の尿に精子が確認されれば上記のREと考えられ、オルガズムがあり、その後の尿に精子がなければ、射精管閉塞などの無精液症と考えられ、精路の精査を行い手術的な加療が行われる。射精が起こらず、尿道から精液の射出がなく、かつオルガズムもない場合は、anejaculationと考えられる。2009年のInternational Consultation on Sexual Dysfunctionでは、射精現象のうち seminal emission (精液が後部尿道へ排出される現象) が障害される射出障害 (emission loss) に相当する。

Anejaculationの原因としては、精巣腫瘍の後腹膜リンパ節転移に対する後腹膜リンパ節郭清術、腹部大動脈瘤術後などによる射精の神経経路である胸腰髄の交感神経の腰内臓神経の損傷、糖尿病などの神経障害、抗うつ剤などの薬剤性、原因不明の特発性などが挙げられる。腹部大動脈瘤術後の射精障害に対して、強い不満を訴えるケースも経験することがあり、術前のインフォームド・コンセントの重要性が痛感される。

Anejaculationに対する治療法としては、神経系に原因があることが多く、心理療法や行動療法の有効性はあまり期待できず、薬物療法として交感神経賦活剤やヨヒンビンなど試されることもあるが、効果は低い。オルガズムもないため、患者の不満も大きい。病状を説明して、EDがなければパートナーとも性交可能であり、射精障害・オルガズム障害を受け入れて、パートナーとの親密な関連性を築いていくことを強調している。

やはりanejaculationでも男性不妊症の問題

が重要である。射精を誘発して、精子を回収する方法として²⁰⁾、バイブレーターによる陰茎亀頭部刺激法、電気刺激発生装置 (Seeger) による電気射精法、ネオスチグミン脊髄内注入法などがあるが、有効率、手技の煩雑さ、回収された精子の質などの問題もあり、近年では挙児希望する場合には、より簡便である精巣内精子回収 (TESE) などを用いて、ARTによる妊娠・出産の方向が主流となっている。

以上、射精障害 (困難) の分類と主な治療法につき、表2にまとめた。

表2 射精障害 (困難) とその主な治療法

- | |
|--|
| <p>▶1. Delayed ejaculation (遅漏、腔内射精障害)</p> <ul style="list-style-type: none">・心理療法・行動療法 (コンドーム・マス法、ブリッジテクニック、masturbation AID など)・薬物療法 (アモキサピン、ヨヒンビンなど)・予防: 思春期教育でのマスターベーション指導・男性不妊治療 <p>▶2. 逆行性射精</p> <ul style="list-style-type: none">・薬物療法 (アモキサピン、ヨヒンビンなど)・予防? : 手術前の説明と同意・男性不妊治療 <p>▶3. Anejaculation</p> <ul style="list-style-type: none">・病態の説明・男性不妊治療 |
|--|

【考 察】

PDE5阻害剤の登場により、勃起障害の治療は飛躍的に進歩し、男性性機能障害の分野は大きく進展した。しかしながら、勃起障害以外の男性性機能障害が逆にクローズアップされ、臨床的には大きな問題になっている。特に臨床的にも高頻度であるのが、射精障害である。

射精障害のうち、PEに関しては、海外に

おいては、非常に大きな問題として扱われ、その診断、治療とも積極的に行われている。しかしながら本邦では、PEとして医療機関を受診する頻度は極めて低く、正確な実態の把握も不十分な状況である。さらに、海外では種々の有効性の高い薬物療法も行われているが、本邦では使用できなかつたり、民間療法的な治療法が行われたりしており、疾患としてPEが正確に認識されていないと思われる。科学的根拠に基づいた診断、治療に加え、啓蒙活動も必要と考えられた。

正常に射精ができない射精障害・射精困難に対しては、治療が困難であることが多いこと、男性不妊の点といった2つの面を考慮していく必要がある。心理療法、行動療法、薬物療法を組み合わせ、射精が可能になるように治療を試みていく一方で、患者およびパートナーの育児希望にも配慮して、不妊治療を並行して行っていくことも重要である。さらに特に本邦では臨床的に高頻度で、それ自体が難治性である膣内射精障害に対しては、男子思春期教育などを通じて、適切なマスターベーションの指導によることで予防をすることにも努めていく必要があると考えられた。

【文 献】

- 1) Montosi F, Adaikan G, Becher E et al: Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. *J Sex Med* 7: 3572-3588, 2010.
- 2) Kondoh N. Ejaculatory dysfunction as a cause of infertility. *Reprod Med Biol* 11: 59-64, 2012.
- 3) International Society for Sexual Medicine: Quick reference guide to PE. www.issm.info Version 1, October 2010.
- 4) Althof SE, Abdo CHN, Dean J et al: International Society for sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 7: 2947-2969, 2010.
- 5) Hobbs K, Symonds T, Abraham L et al: Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *Int J Impotence Res* 20: 512-517, 2009.
- 6) Symonds T, Perelman MA, Althof S et al: Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 52: 565-573, 2007.
- 7) 永尾光一, 小林秀行, 中島耕一, 他; 女性を対象とした「よりよい性生活」に関する意識調査. *日性会誌*: 22 (3), 287-300, 2007.
- 8) 永尾光一, 小林秀行: 射精のタイミングの障害 早漏. *日本臨牀* 60 (Suppl 6) 521-525, 2002.
- 9) Buvat J, Tesfaye F, Rothman M et al: Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 55: 957-967, 2009.
- 10) Wu T, Yue X, Duan X et al: Efficacy and safety of tramadol for premature ejaculation: A systemic review and meta-analysis. *Urology* 80: 618-624, 2012.
- 11) Sato Y, Tanda H, Nakajima H et al: Silodosin and its potential for treating premature ejaculation: a preliminary

- report. *Int J Urol* 19: 268-272, 2012.
- 12) Porst H, Montorsi F, Rosen RC et al: The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* 51: 816-824, 2007.
 - 13) 小堀善友, 青木裕章, 西尾浩二郎, 他: 膣内射精障害患者に対するマスターベーションエイドを用いた射精リハビリテーション, *日泌尿会誌*103: 548-551, 2012.
 - 14) 山中幹基, 上阪裕香, 伊藤伸一郎, 他: 射精障害における三環系抗うつ薬アモキサピンの有効性の検討. *日性会誌*21: 255-260, 2006.
 - 15) Yonezawa A, Kawamura S, Ando R et al: Biphasic effects of yohimbine on the ejaculatory response in the dog. *Life Sci* 48: 103-109, 1991.
 - 16) 天野俊康, 小堀善友, 松井太, 他: 射精障害に対するヨヒンビン製剤の治療効果. *日性会誌*17: 225-228, 2002.
 - 17) 天野俊康: 男子の思春期教育. *小児科* 50: 1703-1706, 2009.
 - 18) 天野俊康, 今尾哲也, 竹前克朗 他: 逆行性射精を契機に診断された糖尿病の1例. *日性会誌*23: 323-326, 2008.
 - 19) Nagai A, Watanabe M, Nasu Y et al: Analysis of retrograde ejaculation using color Doppler ultrasonography before and after transurethral collagen injection. *Int J Impot Res* 16: 456-458, 2004.
 - 20) 小谷俊一, 伊藤裕一, 千田基宏: 今, 射精障害にどう対処するか? -射精障害治療の変遷と現状-, *日性会誌* 19: 203-223, 2004.

原 著

不妊治療を経験した母親と経験しなかった母親の子ども数 および家族計画に対する認識の比較

名桜大学人間健康学部看護学科母子看護学¹⁾

琉球大学医学部附属病院²⁾

順天堂大学医学部附属順天堂医院³⁾

琉球大学医学部保健学科母子看護学講座⁴⁾

仲村美津枝¹⁾, 吉永 藍里²⁾, 又吉笑美理³⁾
崎間 裕美³⁾, 儀間 繼子⁴⁾, 小西 清美¹⁾

Differences in awareness on family planning between the mother with or without infertility treatment

Faculty of Human Health Science of Meio-University¹⁾

Ryukyu University hospital²⁾

Juntendo University hospital³⁾

Faculty of Medicine, University of the Ryukyus⁴⁾

NAKAMURA Mitsue¹⁾, YOSHINAGA aairi²⁾

MATAYOSHI emiri³⁾, SAKIMA yumi³⁾

GIMA Tsugiko⁴⁾, KONISHI kiyomi¹⁾

和文抄録

この研究の目的は不妊症治療の経験のある母親の特性を明らかにするとともに、不妊治療を受けなかった母親との違いを見出し、不妊治療を受ける母親に対しその特性や違いを生かした保健指導や援助を行うための基礎資料とすることである。

乳児健診の案内文とともに依頼文と調査紙を郵送し、検診会場にて回収した。調査に協力した207人の不妊症治療後の母親と同時期に健診に訪れた1,813人の母親を対象とし基本属性、家族計画の認識を比較した。

不妊症治療を経験した母親の現年齢、結婚年齢、初産年齢、またその夫の年齢および結婚年齢は、同時期に乳児健診に訪れた不妊治療をしてない母親に比べ、有意に高くなっていた。また結婚期間も、結婚から初産までの期間も有意に長くなっていた。現存子ども数、理想子ども数、予定子ども数も有意に減少していた。

不妊症治療を経験した夫婦の学歴、年間収入は、不妊治療をしてない夫婦に比べ、有意に高く、避妊行動と体外受精に対する認識に違いがみられた。

これからさらに増加が予測される不妊で悩む高齢の夫婦や、不妊治療の経済的負担に悩む夫婦のために、これらの問題を解決していく保健指導や援助および公的支援が必要となる。

英文抄録

Purpose: This research aims to get the basic data for helping mothers take infertility treatment by distinguishing the awareness on it.

Methods: The subjects were 2,020 in 2 cities in Okinawa, who attended infant examination in 2009. They were divided into 2 groups: one was those who experienced infertility treatment (mother A), and the other not experienced it (mother B). The former subjects were 207 (10.2%) and the latter 1813. Their basic attributes, the number of children, the ideal number of children and awareness of family planning were compared.

Results: The average of marriage age and first childbirth age for mother A were 28.8 ± 4.0 and 31.8 ± 4.9 years old, respectively, and that for mother B, 26.7 ± 4.4 and 27.3 ± 4.9 years old, the former were significantly higher. The present and ideal number of children were 1.6 ± 0.9 and 2.82 ± 0.7 for mothers A, and those were 1.9 ± 0.9 and 2.97 ± 0.8 for the mother B, there were significant differences. 73.3% of the mother A approved for IVF, it was 55.1% for mothers B, being significant different, but there were no significant difference for surrogate mother. Economically 38.6% of mother A had 5million yen or more for annual income, and it was 20.6% for the mother B, being significant difference. Mother A and their husband had significantly higher academic careers.

Discussion: For the mother who experienced infertility treatment, more appropriate guidance to have children for their life-plan should be provided, since they have limited fertility period.

Key words: infertility treatment, mothers' age, number of children, additional number of children desired, family planning

1. 緒言

国立社会保障・人口問題研究所の第14回出生動向基本調査、結婚と出産に関する全国調査、夫婦調査の結果概要¹⁾によると、不妊の検査や治療を実際に受けたことがある(または現在受けている)夫婦は全体で16.4%、子どものいない夫婦では28.6%と報告している。この調査は2010(平成22)年に初婚どう

しの夫婦6,705組について集計したもので、調査時点で治療中の夫婦は全体で1.5%であり、その中で子どものいない夫婦が77.0%、子どもが1人いる夫婦が22.0%となっており、5組に1組以上は2人目の子どもを持つための治療をしている。また、結婚後15~19年の夫婦でみると、検査や治療の経験がある(治療中を含む)割合は第12回調査(2002年)

12.1%から、第13回調査(2005年)12.8%を経て、第14回調査(2010年)では16.5%であったと述べている。

生殖補助医療技術についての意識調査²⁾によると不妊治療患者は2003年では466,900人と推計され、1999年の調査の推計患者284,800人より、約4年間で、1.6倍に増加したと発表しており、不妊の検査や治療経験のある夫婦の割合は、近年増加傾向にあると考える。

1996年厚生労働省は不妊専門相談センター³⁾を開始し、沖縄県でも2002年沖縄県中央保健所内に不妊専門相談センターが設置され様々な相談に応じている⁴⁾。

7~10人の女性のうちの1人は不妊症女性といわれる現在、不妊に関する研究⁵⁻¹²⁾も多く見られるが、そのほとんどが半構造的面接法を用いた質的研究であり、量的研究においても対象者数が限られており、不妊症の女性を集団で統計的に研究した文献は少ない。中でも不妊治療をした後、出産した母親たちの実態や意識を集団として分析したもの少ない。

そこで乳児健康診査に訪れた母親に対する家族計画実態調査の中から不妊治療の経験のある母親に焦点を当て子ども数に対する意識や家族計画に対する意識を調査した。また、不妊症治療を受けなかった母親と比較し、どこに違いがあるのかを分析することにした。

この研究の目的は不妊症治療の経験のある母親の特性を明らかにするとともに、不妊治療を受けなかった母親との違いを見出し、不妊治療を受ける母親に対しその特性や違いを生かした保健指導や援助をおこなうための基礎資料とすることである。

2. 対象および調査方法

調査対象者は、1人以上の子どもを持ち2009年12月から2010年3月にかけて沖縄県の2市における乳児検診に訪れた母親である。本調査は過去に不妊治療を受けた経験のある母親に焦点を当てた調査であるが、不妊治療を受けなかった母親と不妊治療を受けなかった母親どこに違いがあるかを調べるため、同時期に乳児検診を訪れた不妊治療を受けなかった母親も調査対象者とした。

質問紙は現在の子ども数、理想子ども数、もっと欲しい子ども数、避妊法、人工妊娠中絶の経験の有無等を検討するため、毎日新聞の家族計画調査¹³⁾を参考にして質問紙を作った島尻ら¹⁴⁾の調査とほぼ同様の内容による無記名自己記入式の質問紙を用いた。調査期間は2009年12月から2010年3月までである。

AおよびB市の乳児健康診査(以後健診)の責任者および検診担当保健師に直接面会し、研究方法と調査紙について説明し、調査の許可を得た後、A、B市の市在住の両市の乳児健康診査の対象者3,243人に対し、健診案内用紙とともに本調査の調査依頼書と調査紙を郵送してもらった。対象者への依頼書には、倫理的配慮および調査紙はあらかじめ記入して乳児健康診査の当日にアンケート用回収箱に返却して欲しいこと、返却をもって同意して頂いたと受け止めることを記した。質問紙は乳児健康診査の当日、2市の乳児健康診査会場で無人の回収箱にて回収した。

質問紙の内容には現存子ども数、理想子ども数およびあと何人子どもが欲しいかを含め、母親の年齢、父親の年齢、結婚年齢、学歴、職業の有無、住居、年間収入(カテゴリー別)、また家族計画に関する事項(家族計画の定義、

避妊の実践状況、避妊の確実性、不妊治療の有無、受けた不妊治療の内容、人工妊娠中絶への認識、人工中絶の有無、体外受精、借り腹に対する認識等)が含まれている。

全対象者を不妊治療を経験したか、経験していないかの2群に分け、不妊治療の有無により質問紙から得られたすべての基本属性において何らかの違いが見られるのか、比較して分析を試みた。アンケートの統計解析にあたっては、統計パッケージSPSSバージョン17J for Windowsを使用し記述統計、クロス集計を行った。検定はt検定、Mann-WhitneyのUの検定または χ^2 検定を用いた。各検定とも有意確率5%未満とした。クロス集計によるパーセント値は無回答、不備回答等の欠損値を除く総数を100%として検定した。

調査結果はまた、約10年間における家族計画に対する認識の変化をみるため、2000年のほぼ同時期に同2市の乳児健康診査時にわれわれ¹⁵⁻¹⁷⁾が行った1,165人の母親の調査結果と比較した。調査は、2009年12月から2010年3月の年をまたがる年度末に行ったが、年表記は2009年とし、前回調査は2000年と表記した。

3. 倫理的配慮

本調査における倫理的配慮として、研究協力者に郵送する調査依頼書に研究目的、意義、方法、協力の任意性、協力の拒否の意思表示によって不利益は一切生じないこと、答えたくない質問に対しては、回答する必要はないことを記した。調査紙は無記名で記入し健診会場に設置した無人の回収箱に投入し、統計的に処理するため、対象者本人が特定されることはないことを記した。得られた調査結果

は、研究目的以外に利用することはなく、研究終了後、紙類データ・電子媒体は適切に処理することを文書に記した。また、本研究は発表会、学会や紙面上において公表することを記した。なお、本研究は関係機関の倫理審査会の審査を受け、承認を得るとともに、調査を実施した2市の関係者の承諾を得て行った。

4. 結果

調査期間中の乳児健康診査の受診に訪れた母親は2832人であり、そのうち2103人から調査紙を回収でき回収率は74.3%であった。本調査では不妊治療に関して無回答だった50人(2.4%)の母親、未記入の多い調査紙を提出した33人は対象者から除き2020人を対象とした。2020名の母親のうち過去に不妊治療を受けた経験のある母親は207人(10.2%)、同時期に乳児健康診査に訪れた不妊治療の経験のない母親は1813人(89.8%)であった。

一方、2000年の調査では1165人の母親のうち過去に不妊治療を受けた経験のある母親92人(7.9%)を対象者とした。

1. 経験した不妊治療の種類

不妊症治療を経験した207組の夫婦のうち母親のみが不妊治療を行ったと回答した者は166人、夫婦両方が治療したと回答した者は26組であった。夫のみが治療を受けたと回答したのは一人で、行った治療法は人工授精であった。行った不妊治療法への回答は、行った治療はすべて○を付けてもらう複数回答の形をとったが、薬物療法が126人(61.6%)と最も多く、そのうち妊娠したものは11人(5.6%)で、人工授精58人(29.8%)

で妊娠したものは12人(20.7%)、ホルモン注射を受けた者が58人(29.8%)でそのうち妊娠は7人(12.1%)であった。体外受精27人(13.9%)でそのうち妊娠したものは14人(51.9%)、腹腔鏡14人(7.2%)で、妊娠したものは5人(55.6%)あった。ただし妊娠の結果は、不妊治療の効果でその後すぐ妊娠に至ったのか、不妊治療をやめた後、自然に妊娠・出産したかは設問がなかったため不明であり、一般的な妊娠率とは異なっている。

2000年においては不妊症治療を経験した92人の母親の治療は内服治療36人(39.1%)、腹腔鏡9人(9.8%)、人工授精5人(5.4%)、体外受精4人(4.3%)であり、10年前と比べ人工授精、体外受精の割合が多くなっていた。

2. 不妊治療経験した母親と経験してない母親の子ども数の違い

不妊治療を経験した母親と経験してない母親の子ども数を比較してみると経験したものでは、一人の子をもつものが114人(55.1%)、2人は7人(7.5%)、3人が28人(13.5%)、4人以上が8人(3.9%)であった。一方、不妊治療を経験したことのない母親では子ども一人が747人(41.2%)、2人が627人(34.6%)、3人が327人(18.1%)、4人以上が110人(6.1%)であり、その

割合に有意な差がみられた(χ^2 検定 $P=0.04$, 15.201)。理想子ども数を不妊治療後の母親と治療を受けてない母親で比較すると、理想子ども数を一人と考えている不妊治療後の母親は、1人(0.5%)のみでそれに対し治療を受けてない母親では33人(1.9%)、2人を理想とする母親はそれぞれ66人(32.0%)に対し421人(23.7%)、3人は113人(54.9%)対975人(54.9%)、4人以上が26人(12.6%)対348人(19.5%)であり、3人を理想子ども数とする母親が半数以上を占め、4人以上を希望する者は不妊治療をしてない母親で多く、理想子ども数には有意な差がみられた(χ^2 検定 $P=.012$, 12.808)。

現存子ども数の平均は表1のように不妊治療経験者の母親で1.66人、治療を経験してない母親は1.89人とMann-WhitneyのU検定で有意な差がみられた。また理想子ども数の平均は、それぞれ2.82人と2.97人で、不妊治療を経験した母親のほうが有意に少なくなっていた。

また、「あと何人子どもが欲しいですか」の質問に対し、不妊治療経験者も経験しなかった母親もほぼ一人と答えており、有意な差はなかった。しかし、現存子ども数にもっと欲しい子ども数を足した数で示した予定

表1 不妊治療を経験した母親としなかった母親の子ども数の違い

不妊治療の経験	有り		無し		Mann-Whitney Uの検定
	人数	平均±SD	人数	平均±SD	
現存子ども数	207	1.66±0.8	1,811	1.89±0.9	P=.001
理想子ども数	206	2.82±0.7	1,777	2.97±0.8	P=.006
もっと欲しい子ども数	204	1.09±0.7	1,774	1.11±0.9	P=.989 NS
予定子ども数	204	2.75±0.7	1,772	2.99±0.8	P=.000

注：予定子ども数：現存子ども数にもっとほしい子ども数を足したもの

NS：No significance

子ども数は、不妊治療を経験した母親では、治療を受けてない母親の予定子ども数は2.99人より有意に少なくなっていた(表1)。

また、約10年前の2000年と子ども数について比較するために、現存子ども数、理想子ども数、もっと欲しい子ども数のすべてに回答した母親のみ対象者として分析した子ども数を表2に示した。約9年が経過した2009年でも不妊治療後の母親の現存子ども数、もっと欲しい子ども数およびそれらを足した予定子ども数に有意の差は見られなかったが、理想子ども数は2000年の3.12人に対し2009年では2.82人となっており有意に減少していた。

不妊治療を経験した母親は不妊治療をしなかった母親に比べ現存子ども数も少なく、理想子どもや予定子ども数は少なく、約10

年前と比べ理想子ども数が減少していたことから、不妊治療を経験した母親は、現実的に子どもを少なくしか産めない事を認識していると思われる。

3. 母親の年齢

表3に見られるように不妊症治療を経験した母親の年齢は34.9歳、彼女たちの夫の年齢は36.2歳であり、治療を受けてない母親の年齢30.8歳、その夫の年齢32.6歳より有意に高くなっていた。また、結婚年齢、初産年齢、子どもを産み終えたい年齢は不妊症治療を経験した母親では、経験してない母親より有意に高くなっていた。

また未婚の母親、再婚した母親は除き、現年齢、結婚期間、初産年齢のすべてに記入した母親のみを対象者として、母親年齢から結

表2 2009年と2000年の不妊治療をした母親の子ども数の違い

調査年	2009 N=202	2000 N=85	Mann-Whitney Uの検定
	平均±SD	平均±SD	
現存子ども数	1.66 ± 0.8	1.71 ± 0.9	P=.634 NS
理想子ども数	2.82 ± 0.7	3.12 ± 0.8	P=.026
もっと欲しい子ども数	1.10 ± 0.7	1.01 ± 0.7	P=.361 NS
予定子ども数	2.76 ± 0.8	2.76 ± 0.6	P=.933 NS

注：現存子ども数、理想子ども数、もっと欲しい子ども数のすべてに回答した母のみ分析した。
NS：No significance

表3 不妊治療を経験した夫婦としなかった夫婦の年齢の違い

不妊治療の経験	有り		無し		t検定または Mann-Whitney Uの検定
	人数	平均±SD	人数	平均±SD	
母親年齢	205	34.9 ± 4.1	1,809	30.8 ± 5.2	P=.000
結婚年齢	203	28.8 ± 4.0	1,763	26.7 ± 4.4	P=.000
初産年齢	198	31.8 ± 4.9	1,799	27.3 ± 4.9	P=.000
生み終えたい年齢	198	37.4 ± 3.7	1,713	34.5 ± 4.1	P=.000
夫の年齢	202	36.2 ± 5.1	1,788	32.6 ± 6.2	P=.000
夫の結婚年齢	201	30.1 ± 4.8	1,749	28.6 ± 5.4	P=.000

婚年齢を引いた結婚期間および、初産年齢から結婚期間を引いた初産までの期間を分析した結果を表4に示した。

結婚期間は不妊症治療を経験した母親は6.15年であり、経験してない母親の4.07年より有意に長くなっていた。初産までの平均期間の平均は不妊症治療を経験した母親は3.37年であり、経験してない母親では1.04年であった。2年未満で、出産したものは、不妊治療をしてない母親で1307人(78.2%)、3年未満で200人(12.0%)、5年未満で131人(7.9%)であった。9割の母親が3年未満で出産して

いた。一方不妊治療したものでは2年未満が49人(24.7%)、3年未満が29人(14.7%)、5年未満が64人(52.2%)であった。

また、約10年前の2000年と母親の年齢について比較してみると、表5にみられるように約9年が経過した2009年では不妊治療後の母親の現年齢、結婚年齢、生み終えたい年齢は有意に上昇しており、結婚年齢は、2000年の26.4歳に対し2009年では28.7歳となっており約2.5歳上昇していた。結婚期間は両群とも6年であり、有意差はなかった(表5)。

表4 不妊治療を経験した母親としなかった母親の各年齢期間の違い

調査年	有り N=192	無し N=1657	t 検定または Mann-Whitney U の検定
	平均±SD	平均±SD	
母親年齢	34.8 ± 4.1	30.8 ± 5.1	P=.000
結婚年齢	28.7 ± 4.0	26.7 ± 4.4	P=.000
初産年齢	31.7 ± 4.9	27.3 ± 4.8	P=.000
生み終えたい年齢	37.4 ± 3.9	34.5 ± 4.0	P=.000
結婚期間	6.15 ± 3.3	4.07 ± 3.3	P=.000
初産までの期間	3.37 ± 2.6	1.04 ± 1.3	P=.000

未婚の母親、離婚した母親は除き、現年齢、結婚年齢、生み終えたい年齢すべてに記入した母親のみ分析

結婚期間：母親年齢から結婚年齢を引いた期間

表5 2009年と2000年の不妊治療を経験した母親の各年齢の違い

調査年	2009 N=192	2000 N=87	t 検定または Mann-Whitney U の検定
	平均±SD	平均±SD	
母親年齢	34.8 ± 4.1	33.4 ± 5.1	P=.010
結婚年齢	28.7 ± 4.0	26.4 ± 4.2	P=.000
生み終えたい年齢	37.4 ± 3.9	36.0 ± 3.9	P=.005
結婚期間	6.20 ± 3.4	6.84 ± 3.5	P=.933 NS

現年齢、結婚期間、生み終えたい年齢すべてに記入した母親のみ分析した。

結婚期間：母親年齢から結婚年齢を引いた期間

2000年は初産年齢の設問がなかったため比較ができない。

4. 基本属性の違い

表6にみられるように不妊治療を経験した夫婦はともに高学歴のものが多くなっていった。また、年間収入は500万円以上のものが35.9%を占め、不妊治療を受けてない母親の21.1%に比べ年間収入の多い者が有意に多くなっていった。家屋状況、職業の有無別等で違いは見られなかった。

5. 家族計画に対する認識の違い

体外受精に関する認識において、不妊治療を経験した母親は、体外受精を認めるとする母親が73.3%であるのに比べ経験してない母親では55.1%であり、認識に違いがみられた(表6)。

しかし、借り腹においては、よいとする者は不妊治療経験者でも40.3%と体外受精より

少なく、不妊治療をしてない母親の34.6%とほぼ同様であり、有意な差は見られなかった。このことは借り腹が、日本ではまだ法的にも認められておらず、不妊症治療経験者の間でもまだ容認されてないことを示唆している。そのほか、2000年には人工妊娠中絶に対する意識の違いがみられたが、2009年には有意な差は見られなかった。

考 察：

1. 不妊治療を経験した母親の年齢と生む子ども数

本調査の不妊治療を経験した母親においては、もっと欲しい子ども数以外の現存子ども数、理想子ども数、予定子ども数において有意に少なくなっていた。

2000年のわれわれの調査¹⁴⁾では、不妊治

表6 不妊治療を体験した母親としなかった母親の基本属性および家族計画の認識の違い N (%)

不妊治療の経験				不妊治療の経験			
母親の学歴	あり 204	無し 1799	χ^2 検定	避妊行動	あり 200	無し 1742	χ^2 検定
中・高校	48 (23.5)	674 (37.5)	P=.000 16.010	いつも	65 (32.5)	849 (48.7)	P=.000 50.573
短大/専門学校	101 (49.5)	760 (42.2)		時々	32 (16.0)	413 (23.7)	
大学	55 (27.0)	365 (20.3)		以前使用	58 (29.0)	296 (17.0)	
				使用していない	45 (22.5)	184 (10.6)	
父親の学歴				IVF-ET			
父親の学歴	あり 201	無し 1763	χ^2 検定	認める	あり 206	無し 1803	χ^2 検定
中・高校	68 (33.8)	801 (45.4)	P=.002 12.202	条件付きで認める	151 (73.3)	994 (55.1)	P=.000 25.708
短大/専門学校	40 (19.9)	350 (19.9)		認めない	42 (20.4)	572 (31.7)	
大学	93 (46.3)	612 (34.7)		わからない	3 (1.5)	58 (3.2)	
					10 (4.9)	179 (9.9)	
年間収入				借り腹			
年間収入	あり 199	無し 1718	χ^2 検定	認める	あり 206	無し 1803	χ^2 検定
300万円未満	55 (27.6)	885 (51.5)	P=.000 48.644	条件付きで認める	83 (40.3)	624 (34.6)	NS P=.426 2.794
300-499万円	67 (33.7)	478 (27.8)		認めない	77 (37.4)	733 (40.7)	
500-699万円	50 (25.1)	227 (13.2)		わからない	21 (10.2)	189 (10.5)	
700万円以上	27 (13.6)	128 (7.5)			25 (12.1)	257 (14.3)	

NS : No significance

療経験者では予定子ども数のみ有意差が見られ、現存子ども数、理想子ども数、もっと欲しい子ども数には差がなかったことから比べると大きな違いであった。このことは、本調査では、母親、父親の現年齢、結婚年齢が、有意に高齢になっていたが2000年の同調査においては、母親の結婚年齢と夫の結婚年齢だけは、有意差が無かったことが関係していると思われた。母親の結婚年齢の高齢化や初産年齢の高齢化により、生殖能力の生理的限界が影響しており、それに見合った子ども数の回答結果が、今回の子ども数の有意な減少につながったと思われる。

今回の調査では、不妊治療者の母親の産み終えたい年齢が不妊治療を経験していない母親や2000年の調査より、有意に高くなっていたが、生める期間を長く設定するだけでは、望む子ども数を生めないジレンマや対処できない問題があることを示唆する。

第14回出生動向基本調査¹⁾では予定の子ども数を実現できないとしたときに考えられる理由について妻35歳以上の夫婦では65.3%が「年齢や健康上の理由で子どもができないこと」により予定の子ども数を持たない可能性があると考えていると述べている。

また、不妊を現在心配したり、心配したことのある夫婦の割合は、前回25.8%から31.1%に増加し、子どものいない夫婦ではこの割合は前回の44.7%から52.2%にのぼっている。

不妊を心配する夫婦が増加し、不妊治療を受ける夫婦の増加する今日では、結婚した夫婦が不妊について悩まないように、産婦人科医や助産師等の医療者は結婚予定のカップルや結婚した夫婦に、不妊に関する知識を普

及していくとともに、早めの妊娠、出産を推奨していく必要がある。

同調査では、また理想的な子どもの数(平均理想子ども数)は、調査開始以降最も低い2.42人となり、夫婦が実際に持つつもりの子どもの数(平均予定子ども数)も、2.07人となったと報告されており、それから比べると沖縄県の夫婦は、平成22年度の出生順位別にみた出生数²⁾が、2子で31.7%(全国36.4%)、3人が19.6%(全国12.8%)、4人以上10%(全国0.8%)であり¹⁹⁾、本調査でも示したように3人以上の子どもを持ちたいという夫婦が多い。不妊治療後の母親をふくめ、こうした3人以上の子どもを持ちたいという若年夫婦の気持ちを維持させ実現させる経済的援助や社会的資源への投資が必要となろう。

2. 不妊治療と経済的問題

本調査において、不妊治療の経験のある夫婦は、高い教育歴を持ち年間収入も高くなっていた。また、2000年、2009年の調査とともに不妊治療を経験した夫婦で、高学歴者が夫婦ともに多く、年間収入は有意に多くなっていたことから、責任の重い社会的地位により定期的で長期の不妊治療の通院を中断する夫婦が存在することが予測され、またそれとは逆に、学歴、年間収入が低いために、経済的負担から不妊治療を受けられずに生みたくても生めない夫婦がいることも示唆された。

不妊治療のうち、排卵誘発剤などの薬物治療、男性不妊における精管形成術などには医療保険が適用されているが、人工授精、体外受精、顕微授精には保険が適用されず、全額患者負担となっている。体外受精が1回約30

万円、顕微授精は1回約40万円の治療費がかかることから考えると、ある程度の収入がなければ子どもが欲しくても高額な自費負担の治療を受けられない夫婦もいることは容易に想像できる。

岡原ら²⁰⁾は不妊者層に対し子どもを持つ意思決定があるものとして、政策の対象として捉えていくことが可能であり、不妊治療者への政策として、高度生殖医療を含めた不妊治療全般への保険適応を提言し、これが少子化対策にもつながるとしている。

現在、不妊者への支援として、特定不妊治療費助成制度はあるが金額的に十分であるとは言えず、不妊治療に対して、経済的な対策を講じていくことは急務であり、それにより、効果も期待できると考える。

結 論

沖縄県2市の乳児健康診査に訪れた不妊治療を経験した母親の調査から以下のことが分かった。

1. 不妊症治療を経験した母親の現年齢、結婚年齢、初産年齢、またその夫の年齢および結婚年齢は、同時期に乳児健診に訪れた不妊治療をしてない母親に比べ、有意に高くなっていた。また結婚期間も、結婚から初産までの期間も有意に長くなっていた。そのためか、現存子ども数、理想子ども数、予想子ども数も有意に減少していた。結婚予定のカップルや結婚した夫婦に、早めの妊娠、出産を推奨していくとともに不妊に関する知識を普及していく必要がある。
2. 不妊症治療を経験した夫婦の学歴、年間収入は、不妊治療をしてない夫婦に比べ、

有意に高くなっており、責任の重い社会的地位により定期的で長期の不妊治療の通院を中断する夫婦が存在することが予測され、またそれとは逆に、学歴、年間収入が低い場合、高額治療費の経済的困難のために不妊治療をあきらめる夫婦がいることが示唆された。

3. 不妊症治療を経験した母親と経験していない母親では避妊行動と体外受精に対する認識に違いがみられたが、借り腹においてはその認識に治療の有無で差はみられず、認めるとする者も半数であった。これからさらに増加が予測される出産を先のばしにしてしまう夫婦、子どもがほしくてもできず不妊で悩む高齢の夫婦や、不妊治療の経済的負担に悩む夫婦のために、これらの問題を解決していく保健指導や援助および公的支援が必要となる。

引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：第14回出生動向基本調査、結婚と出産移換する全国調査、夫婦調査の結果. pp2-11, 人口動向研究部, 2011.
- 2) 厚生労働省：平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書 生殖補助医療技術についての意識調査. 2003.
<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/2.html#2-3-12> (平成25.3閲覧)
- 3) 厚生労働省：不妊専門相談センター事業の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/>

- boshi-hoken03/ (平成 25.3 閲覧)
- 4) 沖縄県: 沖縄県平成 25 年度不妊に関する相談・支援制度。
<http://www.pref.okinawa.jp/site/fukushi/kenkozoshin/boshi/tokuteihunin.html>
(平成 25.3 閲覧)
 - 5) 中島律子: 妊婦の不安—不妊治療後の妊婦と治療を受けていない妊婦の比較—。名古屋市立大学看護学部紀要 2: 89-99, 2002.
 - 6) 山口陽恵, 岩谷澄香, 大村紀子: 不妊治療後妊婦の精神状態と対児感情に関する研究。神戸市看護大学短期大学部紀要 24: 55-62, 2005.
 - 7) 末次美子, 森恵美: 不妊治療後妊婦の認知的評価・対処。日本生殖看護学会誌 6 (1): 26-32, 2009.
 - 8) 大塚多賀子, 吉良千枝, 小松美和, 他: 不妊治療後の母親役割の過程—自己像の特徴から—。日本看護学会論文集 母性看護 32: 55-57, 2002.
 - 9) 林はるみ, 佐山光子: 生殖補助医療によって妊娠した女性が出産するまでの感情プロセス。日本助産学会誌 23 (1): 38-42, 2009.
 - 10) 岩谷澄香, 山口陽恵, 大村紀子, 他: 不妊治療後妊産婦の抑うつ状態と不安の時期的変化。神戸市看護大学短期大学部紀要 22: 113-118, 2003.
 - 11) 大槻優子: 不妊治療後に妊娠・出産した女性の心理—8 事例の面接調査の分析結果から—。母性衛生 44 (1): 110-120, 2003.
 - 12) 森恵美, 陳東, 糠塚亜紀子: 不妊・不妊治療経験が母性不安と対児感情に及ぼす影響。日本不妊看護学会誌 2 (1): 28-34, 2005.
 - 13) 毎日新聞人口問題調査会: 日本の人口—戦後の 50 年の軌跡—。毎日新聞社全国家族計画世論調査第 1 回～第 25 回調査結果。17-109, 毎日新聞社人口問題調査会。東京。2000.
 - 14) 島尻貞子, 仲村美津枝, 木原倫美, 宮里美智子, 伊敷和枝, 宮城万里子: 沖縄県における家族計画の実態調査。沖縄県公衆衛生学会誌 20: 9-21, 1990.
 - 15) Mitsue Nakamura Tsugiko Gima, Fujiko Ohmine, Youko Tamashiro, Mariko Miyagi: Differences in Awareness on Family Planning between the Mothers with or without Infertility Treatment. 39th APACPH Conference of Asia-pacific Academia Consortium for Public health: 196-197, 2008.
 - 16) 仲村美津枝, 儀間繼子, 大嶺ふじ子, 宮城万里子, 高江洲なつ子, 島尻貞子: 沖縄県 2 市の家族計画実態調査からみた少子化に関する研究。琉球医学会誌 21 (3): 151-159, 2003.
 - 17) Nakamura Mitsue, Gima Tsugiko, Omine Fujiko, Tamashiro Yoko, Miyagi Mariko, and Shimajiri Sadako: A depopulation study based on analysis of factors correlating with the present number of children and with the number of additional children desired in two Okinawan cities. Ryuky Med' J. 23 (4): 133-142, 2004.
 - 18) 内閣府: 国民生活白書 子育て世代の意識と生活。国立印刷局, 東京, 2005.
 - 19) 沖縄県福祉保健部国保・健康増進課: 沖

縄島の母子保健，平成23年度刊行（平成22年度資料）2010。（平成25.2閲覧）
<http://www.pref.okinawa.jp/site/fukushi/kenkozoshin/boshi/documents/3toukei.pdf>

20) 岡原正典，来住俊介，重原彬宏他：不妊治療への支援による少子化対策1 現行政策への懐疑，ISFJ政策フォーラム2005 発表論文 2-30，2005.

原 著

大学生の恥ずかしさと心理的安全性の問題に留意した性教育

九州産業大学
伊藤 弥生

Sex education taking college students' shame and the sense of security into consideration

Kyushu Sangyo University
ITO Yayoi

本研究の目的は、大学生の恥ずかしさと心理的安全性の問題に留意した性教育について論じることである。A大学における3年に渡る実践経過をもとに、1) 性について取り扱う際の恥ずかしさと心理的安全性のメカニズム及び両者の関係、2) 受講者特性と授業形式の影響、3) 大学生の恥ずかしさと心理的安全性の問題を考える性教育の方法について考察した。

Sex education taking college students' shame and the sense of security into consideration is discussed. The following issues were examined through a sex-education course conducted at A college during three years: (1) the mechanism and relationship between shame and the sense of security in dealing with sexual problems, (2) the effect of participants' characteristics and the style of classes, and (3) the method of sex education taking college students' shame and the sense of security into consideration.

keywords : sex education, college students, shame , sense of security

緒 言

先進諸国に比べ本邦における性教育実践は十分にはほど遠い¹⁾。性教育関係の学会役員132名への調査でも実践者は少なかったという²⁾。一方、地道な実践は続き、最近では知識偏重型教育への反省から参加型教育の流れもある。寸劇・ロールプレイング・ブレインストーミングなどがあるが、仲間カウ

セリングを積極的に活用するピアカウンセリングという方法がある。本邦での効果も明らかであるが³⁾、無作為抽出集団に受講希望を質問したところ希望しない者が半数以上をしめ⁴⁾、受講者の中にも性に関して議論やグループワークすることに抵抗感が強い者がおり配慮した学習方法が必要との指摘もある⁵⁾。

従来から性教育においては性に対する堂々とした態度が望ましいとされその通りと思われるが、抵抗感が強い者が存在するのも事実である。性に関する事柄でも学術性や一般性が高いものを知識として学ぶだけなら問題は生じにくくだろうが、人前で性的興奮を刺激するものを扱ったり自分のあり方に触れられたりする場合には恥ずかしさや心理的安全性の問題が生じ抵抗感が起こるのである。

辞書的定義⁹⁾では、恥ずかしいとは「①(自分の欠点や失敗、あるいは良心のとがめを意識して)他人に顔向けできない気持ちだ・面目ない、②(人前で気持ちがうわずって)どう振るまってよいかわからない気持ちだ・照れくさい、③(自分が恥ずかしくなるくらい相手が)すぐれている」とされ、安全とは「危害または損傷損害を受けるおそれのないこと、危険がなく安心なさま」とされる。

性について取り扱う際の恥ずかしさとは、興奮を刺激する性的事柄について他者の目が意識される穏やかでない気持ちと言えよう。北山⁷⁾が述べる通り日本が恥の文化であることを考えると恥ずかしさには欧米以上の留意が必要である。また、性について取り扱う際の心理的安全性とは、性的事柄に関する自分のあり方が危険にさらされないという安心感と思われる。性科学では、性器や乳房などの身体について「プライベートゾーン」⁸⁾という言葉を用いて配慮を促しているが、身体以外の側面にもこの意識が重要であろう。これらの問題について、医療系などの比較的性について扱うことに慣れている受講者ではない場合や、受講後も性教育をともに受けた仲間集団との関係が続く場合には

一層の留意が必要と思われる。

そこで筆者は、恥ずかしさと心理的安全性の問題に留意した性教育実践を試みた。本研究ではこの経過の考察を通して、性に関して扱う際の恥ずかしさと心理的安全性に配慮した性教育のあり方について検討する。なお、初等中等教育と高等教育とでは教育システムが大きく異なり性教育のあり方にも影響が多大と思われるため、本稿では大学教育に絞って論じる。

授業実践の経過

授業実践校

政令市にあるA大学。文系4学部(社会科学系3学部・人文系1学部)・理系2学部・芸術系1学部と大学院を擁し学生数約1万人。臨床心理士である筆者は心理学関連科目を中心に担当。

授業の枠組み

忠津らの自発参加型ピアカウンセリング講座に参加者が集まりにくかった⁹⁾背景には授業やバイト等の現実的理由もあろうが、授業外の機会に自発参加するほどの性に対する関心を露わにする恥ずかしさの問題が考えられたため、本実践は学生の日常行為に組み込みA大の科目にて実施した。また、性に関して扱う心の準備がない者に無理強いしない心理的安全性への配慮から選択科目で行った。

授業案

内容は発達段階への留意は当然ながら、今後も機会に乏しく性教育に積極的イメージが薄いと思われるA大生に、性について学ぶ新鮮な面白さを提供しつつ恥ずかしさや心理的安全性の問題を刺激しにくいもので、心

理学関連科目で取扱え性教育初心者の筆者でも可能なことを考え、セクシュアルマイノリティをとりあげた。性交を直接的にイメージさせる内容に比べて性的興奮を刺激しにくく恥ずかしさを喚起しにくい一方で、人権が深く関わり相互尊重的態度を促しやすく心理的安全感も保障しやすいと考えた。性に関する授業は特に雰囲気重要と思われる導入部分に真摯に学ぶ雰囲気作りを設けた。教材は邦人による児童買春を題材とし性を社会問題や人権としても身にひきつけて考えさせる邦画を選んだ。若者は真面目くさいものを嫌がるがこの映画は若者も支持する演技派俳優が演じクールな格好よさがある。性の健康・人権・科学としての位置づけを伝えることは性に正しく向き合う姿勢をオーソライズする意味もあり、性科学の概説も含め

表1 性に関する内容の「授業案」

テーマ	性の尊厳と多様性
導入	性について真摯に学ぶ雰囲気作り：日本人の児童買春の映画による学習
概説	性科学の概説：性の健康・人権・科学としての位置づけを中心に
本論	I セクシュアルマイノリティとは II 性同一性障害 (GID) について ①GIDとは、②GIDと治療、 ③GIDと法制度、 ④GIDと生活/差別 III 同性愛について ①同性愛とは、②同性愛と差別、 ③同性愛と生活 ※当事者出演の教育番組視聴や、当事者と親との往復書簡の書籍も活用

た。以上より「性の尊厳と多様性」をテーマとする授業案を作成した(表1)。1科目の時間数は90分×15回であるが、科目ごとに適

表2 性に関する授業実践全体の概要

	実施科目	受講者数		性に関する内容
		総数	内訳(専攻・性別・学年)	
1年目	全学対象 教養科目 演習形式	12	社会科学系9/人文系3/理系0/芸術系0 男性9/女性3 一年6/二年5/三年1/四年0	・90分×15回 ・授業原案 +チーム発表
2年目	全学対象 教養科目 演習形式	2	社会科学系2/人文系0/理系0/芸術系0 男性0/女性2 一年0/二年2/三年0/四年0	・90分×15回 ・授業原案 +視聴覚教材多め
	全学対象 教養科目 講義形式	Aクラス93 二系列合同	社会科学系43/人文系0/理系50/芸術系0 男性83/女性10 一年90/二年0/三年1/四年2	・90分×3回 ・授業原案の一部 :性科学の概説と 本論I II IIIの基本的 内容
		Bクラス80 二系列合同	社会科学系0/人文系37/理系0/芸術系43 男性30/女性50 一年46/二年7/三年21/四年6	
Cクラス121 単一系列	社会科学系121/人文系0/理系0/芸術系0 男性102/女性19 一年82/二年13/三年25/四年1			
3年目	人文系学部 専門科目 講義形式	98	社会科学系0/人文系98/理系0/芸術系0 男性39/女性59 一年0/二年42/三年38/四年18	・90分×15回 ・授業改訂案 +学習記録ノート

切な分量で授業案の内容をとり入れた。

授業のスタンス

性は恥ずべきものでないと同時に自分に関することは自分に適切なやり方で扱ってよいものであるという筆者の考えを伝え、本授業では性的事柄について無理に話す必要はなく性的プライバシーを明らかにする必要もないとした。このスタンスをシラバスに明記した上で、シラバスを読まない学生がいることや読んだ学生にも顔を見て伝えることが重要と考え初回にも説明した。

試行的実践

対人援助専攻の院生対象に集中開講の演習形式で試みた(受講者数5名：男性2名・女性3名)。性について学ぶ面白さを体験し対話しながら丁寧に考える様子で、授業案に特に問題ないようであった。しかしシラバスを理解して参加した院生でも真摯に学ぶ雰囲気作りの導入を経るまでは落ち着かない様子の者がいた。性的事柄への適切な向き合い方が他者についても自分についても不安であったようで、恥ずかしさと心理的安全性の問題が推察された。導入の雰囲気作りの意義が浮かび上がった。

表2に実践全体の概要を示す。以下の実践は全て学部生を対象とし週1回である。年度ごとに詳述するが、受講者の内訳は表2に示し本文には受講者数のみとする。

1年目 学部生対象の初めての実践

実施科目：全学対象教養科目・演習形式

受講者数：12名

教養教育の演習が学部横断的に一年次科目(上級生も受講可)として新設された。こ

の科目は幅広い内容が可能であり授業案通りとした。試行的実践から授業の雰囲気が必要と思われたが、今回低学年次生が多く院生に比べ精神的に幼いことが予想され、シラバスに不真面目な学生には厳しく対処する旨付け加えた。また、今回は集中日程ではない上に多様な学部学年から来る可能性があり凝集性が雰囲気への影響大と思われ、チーム課題もとり入れた。蓋を開けると内容ではなく時間割の都合で選んだ様子の者が大半を占めた。少数が熱心な一方、男子学生には出席自体が少ない者や性という言葉だけで浮つき熱心な学生を冷やかす者までおり、中学生のような幼さであった。適切な雰囲気になるよう努めたが落ち着かず全体の心理的安全性を保証し損ねた。セクシュアルマイノリティ当事者と思われた学生は早い段階でなくなり、チーム課題も援助的介入はしたが基礎学力不足もあり困難であった。

恥ずかしさと心理的安全性の問題のない授業の雰囲気を醸成するには、精神的成熟に裏打ちされた性に関する学習への意識が必要と感じた。学習への意識を高める努力が本筋であろうが、接点がこの科目のみの学生が殆どで出席不良者もおり限界があった。問題学生が少数でも影響は小集団である演習では強く及ぶ。この設定での実践に迷いを感じたが少なくとも再度の試みが必要と思われた。

2年目 演習科目での二度目の試みと講義科目での模索

① 演習科目での二度目の試み

実施科目：全学対象教養科目・演習形式

受講者数：2名

前回と同じ設定で開講。初回には同学科同学年の学生7名(男性5名・女性2名)が参加したがやはり時間割都合で選んだ者が多いようであった。シラバスを読んでいなかった男子達は、性に関する事柄を他学生と話す機会があるのに当惑し顔を見合わせ履修登録をやめ、2回目からは女子学生のみとなった。人数が少なすぎるためチーム課題はとりやめた。受講者激減にも関わらず意欲的な学生の希望を尊重し、「導入の映画がインパクトがありリアルでよかった」とのことで視聴覚教材を増やした。二人とも真摯であったが対話は人数の少なさから広がりにつけて、深まりすぎや避けたい話題の際に(援助的介入はするが)逃げにくいという心理的安全感の問題があった。

この2名は今回の学びを評価し、恋愛心理などさらなる学習希望もあった。このような学生ばかりならば雰囲気はよく恥ずかしさの問題も生じにくいが、人数が少なすぎると一人一人に焦点が当たりすぎて心理的安全感が低い。さて今回性に関する学習への意識が高そうな人文系芸術系の受講者がいなかったが、同一時間帯に当該学部のみ必須科目が組まれていた。学部は科目が多く複雑で必修でも専門でもない科目に時間割への要望は出しにくく、今後も時間割都合で選ぶ参加者が多いことが予測され本科目では継続困難と判断した。今後は学生間交流が不要な恥ずかしさと心理的安全感の問題を減じやすく、問題学生がいても全体に影響が及びにくい大人数での講義形式が望ましく、できれば性に関する学習への意識が高い学生が集まりやすい専門科目での実施が目指された。

② 講義科目での模索

実施科目：全学対象教養科目・講義形式

受講者数：Aクラス93名・Bクラス80名・

Cクラス121名

心身の健康に関する教養の講義科目は教員2名で半分ずつの回を担当するが、筆者はこの年度3クラスを受け持った。この科目で適当と思われる3回を性に関する授業とした(授業案の本論の基礎的内容のみ、対話やチーム課題はなし)。今回は性に関する内容は科目のごく一部であり、性に関する自分のあり方を公にさせる機会もないため、授業のスタンスの説明は省いた。3クラスとも100人前後で1年生が主な点は同一であるが学部のカラーの影響に気づいた。社会科学系理系合同のAクラスは真面目な者もいたが、集団で座る特定のサークルの男子達が性に関する言葉に触れるだけでふざけ、他学生もこうした態度の者の傍で心理的安全感が高い状態ではなかった。人文系芸術系合同のBクラスは出席率が高く、性に関する学習への意識が特に高くはなさそうな者や、性に関して学ぶのが気恥ずかしそうな者も最後まできちんと聞いていた。社会科学系のみCクラスは熱心な者もいたが、出席の悪さや寝ている者が目立ち沈滞ムードで、恥ずかしさや心理的安全感以前の問題と思われた。

性に関する内容が大幅に少なくこれまでの実践との厳密な比較はできないが、低学年次開講の教養科目で時間割都合で選び性に関する学習への意識が高くはない学生が多い点は同一で、演習と講義という形式による違いの検討材料にはなろう。当初、性に関する学習への意識が高くない場合には演習より講義が適切かと思ったが一般性はなかつ

た。専攻的に性について真面目な関心を持ちやすいBクラスは、いざ授業すると耳を傾け雰囲気も悪くないが、他のクラスは恥ずかしさの問題が目立ち心理的安全感も高い状態ではなかったり、それ以前の基本的な学習姿勢という次元での問題のようであった。性に関する学習を恥ずかしさや心理的安全感の問題もクリアし実りあるものにするには、性についての真面目な関心の持ちやすさが一つの鍵のようである。これがあれば関心を育て学習への意識も高めうるであろう。

3年目 講義科目での本格的実践

実施科目：人文系学部専門科目・講義形式
受講者数：98名

人文系学部のジェンダー関連科目はABの二つからなるがこの年度から筆者がBの担当となった。Aがジェンダー全般を扱っており筆者はセクシュアリティに焦点を当てることにした。さて、これまで実践を重ねてきたが導入と本論のつながりが滑らかでないことは否めなかった。また、この科目は専門科目で教職課程科目にも位置づけられ、学生の学習への要求水準の高さが見込まれた。そこで授業案の改訂に取り組み(表3)、科目の目標も踏まえ本論の前半にパートナーシップの問題をいれた。導入とのつながりからA大でも問題のデートレイプ/DVという暴力的関係から始め、学生のニーズが高いとされる恋愛心理⁹⁾に焦点を当てた相互尊重的关系を考える流れとした。身に引きつけて考えさせる工夫として事例や学生の声の資料を付け加えた。資料はプライバシーの面の心理的安全感への配慮から書籍の引用とした。有用性も考えデートDVの回では自記入式チェック

シート¹⁰⁾もとりにれた。今回の改訂により学生全体にとって身近なテーマを身に引きつけて考えさせることとなったが、その分心理的に揺さぶられやすくなる。性被害の当事者も予想されたためモニターする策を講じた。薄いノートを配布し学びや感想を記述し毎回提出させた。シートでなくノートにしたのは、表紙があることで他学生に中身をみられにくいという恥ずかしさと心理的安全感への配慮をさりげなく施せ、授業担当者も一人一人の状況を継時的に把握しやすいからである。このノートは学生にとっても学習過程を振り返る助けとなる。

恥ずかしさの問題は今回杞憂で特にパートナーシップの内容は食入のように聞き、提

表3 性に関する内容の「授業改訂案」

テーマ	性の尊厳・パートナーシップ・多様性
導入	性について真摯に学ぶ雰囲気作り：日本人の児童買春の映画による学習
概説	性科学の概説：性の健康・人権・科学としての位置づけを中心に
本論	A セクシュアリティとパートナーシップ I 暴力的関係 ①デートレイプ、②デートDV II 相互尊重的关系 ①恋愛至上主義再考 ②メディアリテラシー ③「適切な」sexとは ※書籍から引用した学生の事例や声を紹介 デートDVでは自己記入式のチェックシートも活用
	B セクシュアリティの多様性 I セクシュアルマイノリティとは II 性同一性障害(GID)について ①GIDとは、②GIDと治療、 ③GIDと法制度、 ④GIDと生活/差別 III 同性愛について ①同性愛とは、②同性愛と差別、 ③同性愛と生活 ※当事者出演の教育番組視聴や、当事者の親との手紙についての書籍も活用

出されたノートの記述は率直なものが殆どであった。評価懸念の分を割り引く必要があるが少なくとも本授業で傷ついた旨の記述はなかった。途中から受講をやめた学生もいたがこの現象は特に選択科目ではよく見られ、恥ずかしさや心理的安全性の問題によるかは不明である。今回はデートDVやセクシュアルマイノリティ当事者と思われる学生が最後まで受講したことから、本授業が当事者全体の心理的安全性を脅かすものではなかったといえよう。性についての真面目な関心が持てる場合には講義形式で守られると、ある程度踏み込んだ内容でも恥ずかしさと心理的安全性の問題を回避し、実りある学習が可能なのである。他学生と話したかった者が1,2名いたが、学生間交流を好むA大の人文系学部としては極めて少ない要望で

表4 3年目の実践についての授業評価アンケートの結果(5点満点)

設 問	評価平均
1. 授業はシラバスに基づいて行われましたか	4.19
2. 教材などは有益でしたか	4.32
3. 板書あるいは提示された資料は授業の理解に役立ちましたか	4.30
4. 授業内容は理解できましたか	4.33
5. 課題又は実験実習について上手く指導されていましたか	4.14
6. 学生が集中できる環境のもとで授業が行われるよう配慮していましたか	4.35
7. 担当教員の声や言葉は明瞭で聞き取りやすかったですか	4.39
8. 授業の進め方は適切でしたか	4.37
9. 授業に対する担当教員の熱意を感じましたか	4.47
10. この授業の総合評価をして下さい	4.32

※回答数57名(アンケート実施日の出席数58名)。アンケートには教員に対する設問だけでなく学生自身の授業への取り組みを問う設問もあったが紙幅の都合により割愛

あり、今回のやり方が支持されたと考えられる。この支持を客観的に裏付けるデータを表4に示す(A大では全学的な取り組みとして所定期間の授業時に共通のアンケート用紙を用いた授業評価が実施される。回答は匿名であり任意性も保障され、回収時は学生の手で所定の袋に厳封される。集計と分析は学外の第三者の業者に委託されている)。

考 察

I 性について取り扱う際の恥ずかしさと心理的安全性のメカニズム及び両者の関係

性について取り扱う際の恥ずかしさとは、興奮を刺激する性的事柄について他者の目が意識される穏やかでない気持ちであり、その構成要素は、①性に関する事柄が興奮を刺激する度合い、②他者が性的事柄を笑いものにする程度、③本人の性的興奮の起こしやすさと他者を意識する度合いにわけられようが、これらが相互に影響を及ぼし恥ずかしさとして発生しよう。一方、性について取り扱う際の心理的安全性とは、性的事柄に関する自分のあり方が危険にさらされないという安心感であり、その要素とは①性的事柄に関して周りが危険をもたらす度合い、②それに対する自分の認知と防御力から構成され、相互に影響しあって生じるようである。

概念的には恥ずかしさと心理的安全性は別であるが、恥ずかしさは他者から笑われるような視線を感じる状態で心理的安全性は高くなく、そもそも恥ずかしさは心理的安全性と関係がある。本実践では受講者間のダイナミックな動きとして、恥ずかしがって浮つく者により他学生の心理的安全性が損ねられる現象が見られた(1年目の演習・2年目の

講義Aクラス)。実践者が恥ずかしさと心理的安全感の問題がないよう様々に準備しても、本人が性的に興奮しやすく周りに同様の仲間がいると、同調しあい気になる目が傍にあることにもなり強烈な恥ずかしさが生じ、きまりの悪さから熱心な者を冷やかしたりふざけたりして他学生の心理的安全感を損うことになったようである。

II 恥ずかしさと心理的安全感の問題に対する受講者特性と授業形式の影響

本実践では、性教育の流れに則り身に引きつけて考える教育を目指し、その目標が滞りなく達成されるよう恥ずかしさと心理的安全感の問題に留意し、医療系などと異なり性的事柄を扱うことに不慣れな一般大学生用に授業を入念に準備した。恥ずかしさについては、科目内の実施で他者の目を気にせず参加出来るようにし、内容や教材は性的興奮を刺激しにくいものを選び、授業のスタンスの説明・導入の映画・性科学の概説により性を恥ずべきものとしないう他者の目作りを行った。心理的安全感については、まず性に関して扱う心の準備がない学生に無理させないよう選択科目での実施とした。授業のスタンスの説明・導入の映画・性科学の概説により性を適切に扱う態度を示し安全な風土作りを狙ったが、このことは性的事柄に対する適切な向かい方を学ぶこととなり本人の防御力を高める働きもあると思われた。

できうる限りの策を立てたつもりであったが、実践により受講者特性の問題に気づいた。受講者を発達段階が同一で医療系ではない「一般大学生」としてとらえていたが、彼らも同様ではなく恥ずかしさと心理的安全

感の問題において着目すべきは、性についての真面目な関心の持ちやすさと思われた。この特性には、ベースに性的な興奮しやすさの問題があるようである。興奮すると落ち着いて真面目に考えるのは困難で、自意識も高い思春期の特に男子には(性教育がとりわけ必要な対象ながら)難しいようである。興奮に邪魔されることなく、性についての真面目な関心の持ちやすさを有していれば、関心を高め学習を促すことは可能なようである。さて、関心は内容で大きく変わる。本実践では恥ずかしさと心理的安全感の問題も考えセクシュアルマイノリティをとりあげたが、多くの学生にとって他人事となり関心が低かった可能性がある。性機能や性交に関する内容であれば多くの学生の興味¹¹⁾を引いたであろう。しかし性という言葉だけで強く恥ずかしがる対象に他学生の心理的安全感も保ちながら授業することは筆者の力量では困難と思われた。

性についての真面目な関心の持ちやすさを授業内で変え難かったため特性に応じた授業形式(演習-講義)を考えた(表5)。当初は参加型教育に学び学生者間交流を活用する演習形式で行ったが、1年目は性という言葉だけで浮つく男子達が熱心な学生を冷やかし他学生の心理的安全感を損ない、2年目は性的事柄を他者と話す機会を恥ずかしがった男子学生が多数受講をとりやめた。2年目の講義のAクラスでは性に関する言葉に触れるだけで興奮する男子集団のふざけた態度が周りの心理的安全感を低めたが1年目の演習ほどの攻撃性はなかった。以上より真面目な関心が持ちにくい者が目立つ集団の場合には、演習は極めて困難で講義の方が

問題は少ないと思われる。真面目な関心を持ちやすい場合には恥ずかしさは起こりにくいが、2年目の演習では人数が少なすぎて一人一人に焦点が当たりすぎて心理的安全性が薄くなることがあった。人数が多ければいいようだが実践者がいくら留意しても学生間交流でどこまで心理的安全性が保てるかは未知数であり、講義の方が心理的安全性を保障しやすいようである。実際2年目講義Bクラス・3年目の講義は、恥ずかしさも心理的安全性も問題にはならなかった。

Ⅲ 恥ずかしさと心理的安全性の問題を考える性教育の方法上の視点

恥ずかしさと心理的安全性は教育上の諸点が影響して決まる。力量次第ではどんな内容ややり方でも問題を回避しえようが、本邦において性教育実践の広がりや依然大きな課題であることを考えると、これについて整理することは力量に応じた実践を考える一助になろう。以下に整理するが、実際的であるよう企画時点で実践者が、操作困難なもの・操作可能性があるもの・操作しやすいものの順に述べる。

実践者が操作困難なもの

①実践者の力量

力量により恥ずかしさと心理的安全性の問題は大きく左右される。村瀬¹²⁾や関口¹³⁾など踏みこんだ素晴らしい実践例はあるがそうした理想を目指しつつも力量は直ちには向上しないため、筆者は操作できる点の工夫を試みた。

②実践者の性別

本実践では男子の性的興奮が度々問題となったが実践者が異性であったことも影響したかもしれない。異性であることが恥ずかしさを強めた可能性がある。しかしこれも力量によっては恥ずかしさを飛び越えた学習が可能であろう。

実践者が操作できる可能性があるもの

①教育機会の枠組み

自発参加型か否か：性に関する学習へ自発参加するのが恥ずかしい可能性があり、参加が特別なことでない機会に組み込むと問題は少ない。インターネット上など匿名性が保たれる場合はこの限りではない。必修か選択か：不参加を選択できるかは心理的安全性にとって重要である。学ぶべきことを学ばせるのも重要で、不真面目な理由で参加したくな

表5 性教育における恥ずかしさと心理的安全性の問題に対する受講者特性と授業形式の影響

		受講者特性：性についての真面目な関心の持ちやすさ	
		低い	高い
授業形式	演習	恥ずかしさ×心理的安全性× (1・2年目の実践)	恥ずかしさ○心理的安全性△ (2年目の実践)
	講義	恥ずかしさ△心理的安全性△ (2年目のAクラス)	恥ずかしさ○心理的安全性○ (2年目のBクラスと3年目の実践)

※2年目の講義のCクラスは恥ずかしさや心理的安全性の問題以前の学習への基本的真面目さの問題と思われたため本表には非掲載

い者が多い際も必修にする意義は高いが、忠津⁵⁾の指摘通りデリケートな受講者への配慮が必要である。

②受講者特性(性についての真面目な関心の持ちやすさ)

IIの通り性についての真面目な関心の持ちやすさは恥ずかしさにも心理的安全性にも深く関わる。これにより適切な授業形式をはじめ取り扱える内容や教材等変わるが、逆向きの矢印も考えられよう。

③授業形式(演習 - 講義)

性についての真面目な関心の持ちやすさとの適性処遇交互作用的発想ができる(表5)。ただし演習でも内容や教材しだいでは、恥ずかしさと心理的安全性の問題を減じうるとはライフスキル教育¹⁴⁾などにより明らかである。講義は恥ずかしさと心理的安全性の点では優れるが知識偏重に陥りやすく身に引きつけて考えさせる工夫が必要である。

実践者が操作しやすいもの

①内容

本人のニーズが高い性機能や性交については恥ずかしさや心理的安全性の問題が生じやすく扱う際は留意が欠かせないが、実践者の力量・受講者の特性・教材などの諸条件を整えばこの問題が杞憂になることもあろう。性被害やセクシュアルマイノリティなど心的外傷のある受講者が想定される内容の場合には、妊娠中絶に関する教育で指摘される通り¹⁵⁾授業で傷を深めぬよう細心の配慮が求められる。

②構成

メディアの悪影響も大きく性に対する適切な向き合い方に迷う者は多い¹⁶⁾。真摯に学ぶ雰囲気作りや正しく向き合う姿勢をオー

ソライズするものが冒頭にあると恥ずかしさを減じ心理的安全性も高めうる。本実践では「性は恥ずべきものでないと同時に自分に関することは自分に適切なやり方で扱ってよく、授業では性的事柄に関して無理に話す必要はなく性的プライバシーも出す必要がない」というスタンスをシラバスと初回時に説明し授業の中で具現化する工夫も行った。

③教材

真面目な良いものでも学生が受けつけなかったり恥ずかしがると効果は薄い。教材も「知的でカッコいい」¹⁷⁾方がよい。性交は極めて大事なテーマであるがリアルなイメージを喚起する教材は恥ずかしさを生じやすく工夫が必要である。身に引きつけて考えさせる教材には、視聴覚教材・チェックシート・体験的資料などがある。事例や当事者の声などの体験的資料は効果大だが、自分の体験が披露される不安を刺激し類似の辛い体験を持つ者の心理的安全性を脅かしうる。仮想事例やリアルすぎない資料¹⁸⁾が望ましい。

④モニターするもの

問題が生じていないかは観察だけでは限界がある。今回学習記録ノートを活用したが、特に個人レベルの状況把握に役立った。何らかの形でモニターするものを取り入れられるとよいが、その際は学生にとっての有用性と負担、及び本心がどの程度示されやすいかにも留意されたい。

結語

本研究は、筆者のような性教育初心者が恥の文化の中で、身に引きつけて考えさせる性教育を恥ずかしさと心理的安全性の問題を減じて進めるための一助的役割であろう。今

後もピアカウンセリングやライフスキル教育をはじめ豊かな実践が展開され学生が主体的学びを続けられることを強く願う。

文 献

- 1) 橋本紀子ら：こんなに違う！世界の性教育. メディアファクトリー, 2011
- 2) 日本思春期学会 性教育のあり方小委員会：思春期における性教育のあり方, 思春期学 27 (4) : 351-360, 2007
- 3) 高村寿子：思春期の性の健康を支えるピアカウンセリングマニュアル(ピアカウンセラー版). 小学館, 2005
- 4) 渡邊至：性に関するピアカウンセリングによる思春期の性行動に対する認知行動療法的アプローチ, 思春期学 23 (3) : 295-299, 2005
- 5) 忠津佐和代・梶原京子・高見千恵：新入生ガイダンスにおける大学生に対するピアカウンセリング講座の評価, 思春期学 28 (3) : 333-343, 2010
- 6) 松村明：大辞林第二版. 三省堂, 1995
- 7) 北山修：性愛と性同一性をめぐる「運動」, 臨床心理学 8 (3) : 323-329, 2008
- 8) 日本性科学会：セックスカウンセリング 第2版. 金原出版, 2005
- 9) 堀内真由美・河田史宝：性に関する悩みと今後の性教育のあり方Ⅰ-大学生男女の性に関する悩みと解決方法-, 茨城大学教育学部紀要(教育科学) 58 : 257-273, 2009
- 10) 山口のり子：デートDV防止プログラム実践者向けワークブック. 梨の木舎, 2003
- 11) 安達倭雅子：日本の学校教育の中の性教育の素顔. 教育と医学 51 (8) : 30-37, 2003
- 12) 村瀬幸浩：最新版セクソロジー・ノート. 十月舎, 2004
- 13) 関口久志：性の“幸せ”ガイド. エイデル研究所, 2009
- 14) 木原雅子：10代の性行動と日本社会 ミネルヴァ書房 2006
- 15) 河野美代子：若年受診者からみえる性教育への提言, 日本性科学連合第12回性科学セミナー：14-17, 2010
- 16) 竹信三恵子・関口久志：編集長対談 性の貧困とメディア, 季刊セクシュアリティ 39 : 6-15, 2009
- 17) 武田敏：健康教育としての性教育の提言 4つの健康論とLOHASの視点から, 日本性科学会雑誌 25 (1) : 39-46, 2007
- 18) 松本淳子・武田敏：ライフスキルトレーニング教育プログラムによるコンドームに対する青年の意識・態度の変化, 思春期学 22 (3) : 337-344, 2004

Clinic-Based Sex Education for Adolescent Girls Using Their Visits for The Purpose of HPV Vaccination

Yasuhi Women's Health Clinic¹⁾

Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences²⁾

YASUHI Yasuko¹⁾

MIYAHARA Harumi²⁾

ABSTRACT

Public vaccination against Human Papilloma Virus (HPV) for adolescents began in 2011 in Japan. At the same time, it is also very important to educate adolescents about the relationship between sexual behavior and HPV.

The study population was adolescent girls and their guardians who have visited a gynecological clinic to receive HPV vaccination. We firstly conducted a questionnaire to guardians to assess their knowledge about HPV vaccination, as well as to understand parental needs regarding sex education. We then developed an educational leaflet entitled 'What will be important in the future?' which provided information about pre-reproductive health issues, especially focusing sexual health. Although the leaflet was targeted towards adolescent girls, the content was decided according to parental needs as identified from the questionnaire. The leaflet was distributed to the girls who were then asked to evaluate it by the next visit for HPV vaccination.

In total, 54 pairs of guardians, who were all mothers, and their daughters, who were from the second year of junior high school to the second year of high school students, participated in the study.

Although the leaflet was well understood by the girls, we found that there were some gaps between mothers' need and their daughters' priority with regards to sex education. Our results also suggested that mothers and daughters did not casually talk about sexual activity

The leaflet is to be revised to respond more carefully to the needs of the adolescents.

日本では、2011年より思春期女兒を対象に公費ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンが開始されている。接種対象となる女兒に、HPVと性行動との関連を教育することは重要である。研究

対象は、HPVワクチン接種目的に婦人科クリニックを訪れた思春期女兒とその保護者である。保護者にHPVワクチンに対する態度や接種の際のニーズを確認し、さらに性教育に関する親としてのニーズを確認すべく質問調査を行った。対象は54組の保護者および女兒である。保護者はすべて母親であり、女兒は高校2年生から中学2年生であった。母親から女兒に対するHPVワクチンに関する性教育を含めた情報提供は不十分であった。母親の要望を参考に、思春期健康教育の教材として、特に性教育的側面を強調した「これから大切なこと」と題したリーフレットを作成した。リーフレットは思春期女兒をターゲットとしたが、その内容は先の質問調査より導き出された親としてのニーズを基礎とした。リーフレットを女兒に配布し、その後の接種の機会に女兒に評価を依頼した。女兒のこの教材評価によると、その内容は概ね理解されていたが、母親のニーズに対し女兒の優先されるべき性教育課題に相違があった。親子間の性教育的会話は日常的ではないことも示唆された。思春期女兒のニーズにより適合させるべく、教材としてのリーフレットを改良して行く予定である。

KEY WORDS : HPV vaccination, Japanese adolescent, Sex education, Educational material
Gynecological clinic setting

INTRODUCTION

In Japan, publicly funded human papilloma virus (HPV) vaccination program for adolescent girls began in 2011. The vaccination, consisting of three doses, is optional, and is provided in clinics upon guardian consent. As preventive rate of cervical cancer by vaccination is limited to 70%, adolescent girls should also be educated that regular cancer screening is very important even after vaccination. Screening rate for uterine cervical cancer among Japanese women is 24% (2007 OECD), which is extremely low compared with other developed countries. Some of the possible reasons of such low rate include lack of preventive health education, especially sex education, in public school and the community, and general reluctance by mothers to talk about sex education with their daughters at home.

In such situations, the three visits to gynecological clinics to receive HPV vaccination potentially provide critical educational opportunities for adolescent girls. In our study, we therefore developed an educational leaflet based on mothers' need targeting adolescent girls to cover issues related to sex education, including HPV vaccination. At the same time, however, we hypothesize that there currently exists a gap regarding the needs for sex education between adolescent girls and their mothers.

The purpose of this study were to demonstrate whether there was such gap adolescent girls and their mothers, and to get a clue to be revised respond more carefully to the needs of the adolescents by evaluating the leaflet from the perspective of the girls themselves.

METHODS

We recruited adolescent girls who have visited our clinic to receive first dose of HPV vaccination between January and March 2011, and their guardians who were accompanying their daughters. Every two Saturdays afternoon were organized for the vaccination’s session. With their consent, we asked the guardians, who were all mothers, to complete a simple questionnaire which consisted of four questions asking about their readiness and needs regarding their daughters’ receiving HPV vaccination (Table 1). A 10-minute educational session was then provided to both mothers and daughters (Photo. 1), followed by vaccine injection. From the results of the fourth question of the questionnaire, we developed an education leaflet as a trial educational material.

The leaflet, titled ‘What will be important in the future?’ was distributed to all participating girls at their second visit to receive vaccination, one month after the first visit. The leaflet was folded to a size of a name card so that girls could carry with them all the time. At the third visit, usually 6 months after the first visit, we gave the girls the same leaflet and asked them to evaluate their understanding of the content of the leaflet on a five-point scale, and to evaluate their

priority on a four-point scale. A question “Would you have a Pap smear test when you reach 20 years old?” was also added to evaluate the girls’ priority.

Table 1. Questionnaire to the guardians.

- Q1. How much information about HPV vaccination did you provide to your daughter?
- Q2. What do you think about the need to provide sex education relating to HPV vaccination?
- Q3. How do you feel about discussing sexual issues with your daughter? Choose 2 answers from the following: see Fig. 3
- Q4. Which topics would you like to let your daughter know? Choose 3 answers from the following: see Table 2

Phot.1

Phot.1 10-minute educational session.

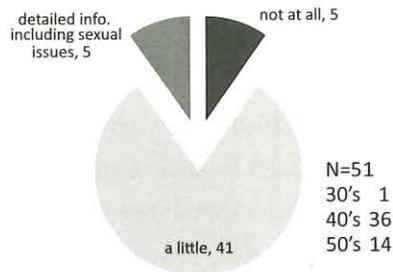
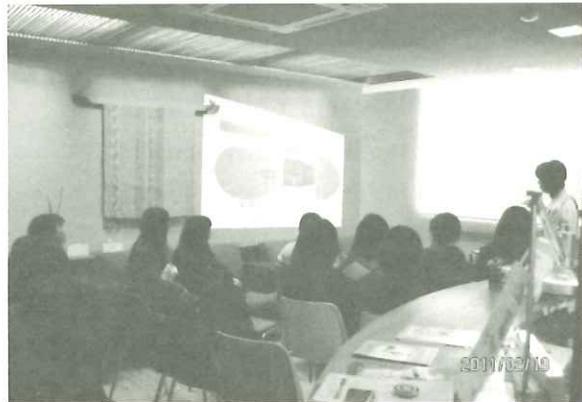


Figure 1.
How much information about HPV vaccination did you provide to your daughter?

RESULTS

3 girls did not respond, thus we included the data of 51 mothers and 48 daughters. Regarding age of mothers, 1, 36, and 14 mothers were in their thirties, forties, and fifties, respectively. A majority of the participating girls (n=42) were high school students (7 and 35 girls in their first and second year, respectively) and the other 6 girls were junior high school students.

The results of the questionnaire showed that mothers did not feel that they gave appropriate information regarding HPV vaccination to their daughters (Fig.1). Although they thought sex education for their daughters was necessary, they found it difficult to talk about the subject with their daughters (Fig.2 and Fig.3).

The mothers wanted to let their daughters know most about sexually transmitted disease (STD), followed by sexual behavior, contraception, and menstrual problems (Table 2). In response to their request, we developed an educational leaflet for their daughters (Fig.4). The leaflet consisted of five short chapters: 'Period: remember the 3 rules' corresponding to menstrual problems, 'Protecting you and

your partner' corresponding to STD, 'Family planning' & 'What is pill?' corresponding to contraception, and 'Sex is intimacy & touching' corresponding to sexual behavior.

The participating girls reported that they have understood all the five chapters of the leaflet (Fig. 5), although the three most important chapters as perceived by them were 'Period:

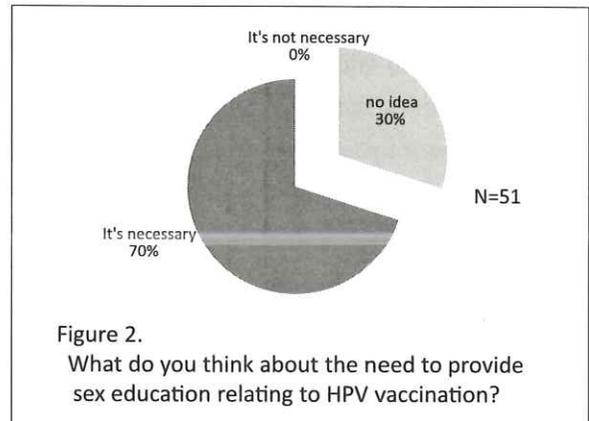


Figure 2. What do you think about the need to provide sex education relating to HPV vaccination?

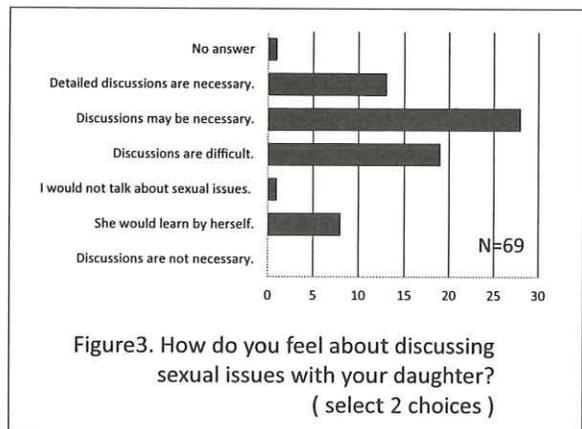


Figure3. How do you feel about discussing sexual issues with your daughter? (select 2 choices)

Table 2. Which topics would you like your daughter to know? (3 choices)

topics	Numbers (total =143)
STD	32
Sexual behavior	23
Contraception	17
Menstrual problems	14
Delivery	14
Cervical cancer screening	13
Abortion	8
Dating policy	8
Others / e.g. media literacy, abstinence	14

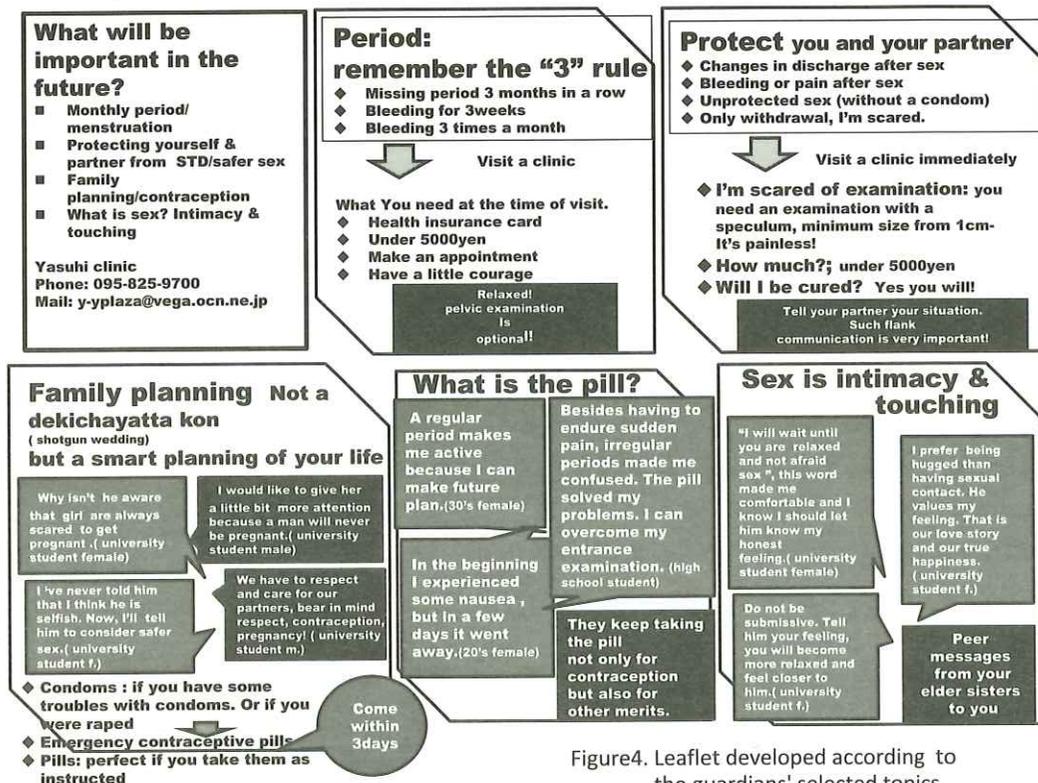


Figure4. Leaflet developed according to the guardians' selected topics

remember the 3 rules', 'Protecting you and your partner', and 'Family planning' (Table 3 & Fig.6). On the contrary, 'Sex is intimacy & touching' and 'What is pill?' were perceived not so important. Most of them expressed their intention to receive cancer screening in the future (Fig.7).

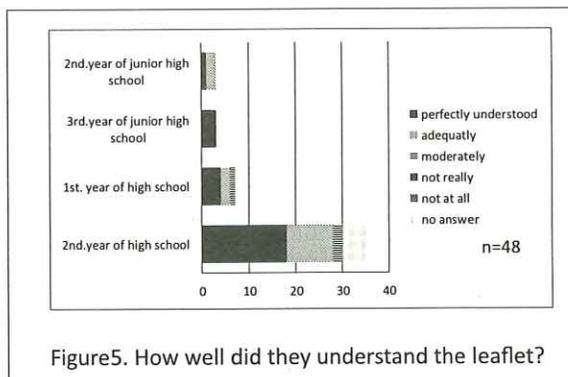


Figure5. How well did they understand the leaflet?

DISCUSSION

It is very important to raise awareness regarding relationship between sexual behavior and HPV infection among adolescent girls visiting clinic for HPV vaccination. The effectiveness of HPV vaccination is limited to 70% of its preventive rate. Furthermore, much debate is still ongoing regarding future screening policy of cervical cancer in post-HPV vaccination era¹⁾ and²⁾, however, cervical cytology screening, especially for young women <30 years, is still a core preventive strategy for cervical cancer. At the same time, appropriate and adequate sex education is critical in raising awareness among young women regarding the importance of

receiving screening. On the other hand, a study from Australia has reported that knowledge and awareness did not necessarily lead to women receiving screening.³⁾

Health education including sex education in public school has not been well organized in Japan. Furthermore, the majority of the current generation of mothers of teen-age girls is still relatively conservative and reluctant to have casual talks about sex with their daughters. Our results have indicated to mothers' conflict between their desire for their daughters to receive sex education at HPV vaccination and inability to talk about sex themselves. On the other hand, adolescent girls, especially junior high school students, are become increasingly sexually active.⁴⁾

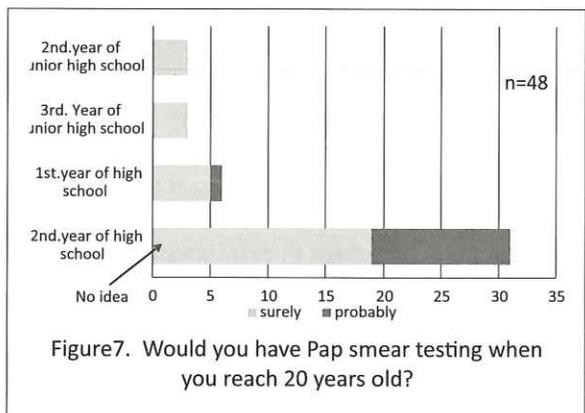
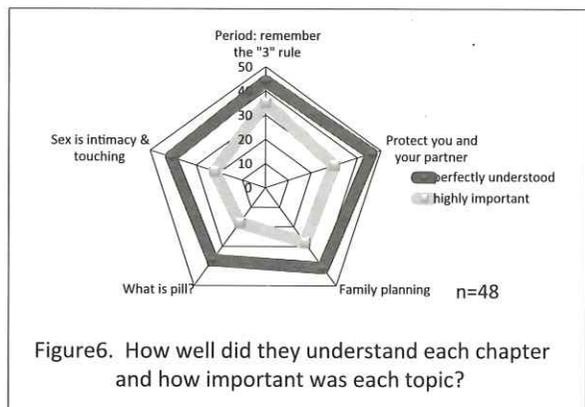
As we do not have an effective system of family practitioner to support girls in their adolescent periods in Japan, it is not unusual that girls do not receive general sexual health education until they need serious gynecological care. The three visits to clinic for HPV vaccination can potentially provide the very opportunities for adolescent girls to receive counseling on pre-reproductive health and related issues.

Pre-reproductive health care counseling is however a time-consuming

activity, and in a gynecological clinic setting, we are restricted by time. In this study, we thus developed an education leaflet to compensate for such limitation. We aimed that our original

Table 3. How well did you understand each chapter and how important was each chapter? n=48

	Period: remember the "3" rule	Protect you and your partner	Family planning	What is pill?	Sex is intimacy & touching
How well did you understand each chapter?					
Perfectly understood	34	35	26	25	29
Adequately	10	11	15	12	12
Moderately	4	1	4	8	6
Not really	0	1	3	3	1
Not at all	0	0	0	0	0
How important was each chapter?					
Highly important	35	30	28	18	22
Important	13	13	19	26	21
A little important	0	3	0	2	2
Not important	0	1	1	2	1
No answer	0	1	0	0	2



leaflet could work as primary information source for adolescents regarding not only HPV related issues but also sexual health. In our study, the participating girls ranked the chapter 'Sex is intimacy & touching' as less important, which is one of the core issues in sex education and also highly prioritized by their mothers (Fig. 6). In this study, the participating girls were mainly from the middle class; it is therefore possible that they were sexually conservative and such bias might have affected the results. After public support for HPV vaccination for girls in the "catch up" age group ends in a few years in Japan, the target group of the vaccination will become younger, i.e. junior high school girls, who are supposed to be sexually less active in general. Taking into consideration of our results and such a situation, we plan to revise our leaflet to better suit the needs of the new target group, by, for example, focusing more on menstruation problems and STD. Low dose pill would be informed for the purpose of relieving menstrual pain rather than for contraception. Through such education activities, we hope to make gynecological clinics a "familiar" place for both mothers and adolescent girls, which in turn might raise the rate of cancer screening.

Japanese public education in junior high school should also be prepared according to the change in the target group situation.

We are now in the process of making our leaflet more responsive to the needs of the adolescent girls, and are also planning to utilize the leaflet in community-based education, beyond our gynecological clinic.

REFERENCES

- 1) Lynge E, Antilla A, Arbyn M, et al. What's next? Perspectives and future needs of cervical screening in Europe in the era of molecular testing and vaccination. *Eur J Cancer* 45 (15): 2714-2721, 2009
- 2) De Blasio BF, Neilson AR, Klemp M et al. Modeling the impact of screening policy and screening compliance on incidence and mortality of cervical cancer in the post-HPV vaccination era. *J Public Health* 34 (4): 539-547, 2012
- 3) Brotherton JM, Mullins RM. Will vaccinated women attend cervical screening? A population based survey of human papillomavirus vaccination and cervical screening among young women in Victoria Australia. *Cancer Epidemiol* 36 (3): 298-302, 2012
- 4) Japanese Association for Sex Education. Sexuality of Youth: Report on the Seventh National Survey on Sexual Behavior in Youth. Syogakukan, Tokyo, 2012 (in Japanese)

編集後記

日本性科学会雑誌第31巻1号をお届けします。今回より新たに編集後記を担当させていただくこととなりました。よろしくお願いいたします。巻頭言では、日本性科学会副理事長の阿部輝夫先生が近頃の日本語に戸惑っていると述べられていますが、小生の書く日本語もさぞかし妙なものになるのではないかと心配しております。ところで、さっそく皆様にお詫びを申し上げなければなりません。実は、編集の都合で、第31巻2号(日本性科学会学術集会抄録集)が先に発刊されました。第33回日本性科学会学術集会は早乙女智子先生を会長として横浜での開催ですが、抄録集が学術集会に間に合わない訳にはまいりませんので、今回このような措置となりました。大川玲子理事長によると過去にもこのような例があったということです。いずれにせよ、会員の皆様にご迷惑をおかけしたことを改めてお詫び申し上げます。

本学会雑誌は、さまざまな領域のエキスパートが「性」について発表する貴重な学術誌です。日本の医学会分科会はともすれば特定の領域に偏った分野のみを研究する学術集団になりがちです。もちろん専門性を追求する集団としては必要なことではありますが、本誌は、「性」という分野を、教育学、心理学、生命科学、倫理学、社会学、福祉学、精神医学、産婦人科学、泌尿器科学、看護学、などなど、多くの分野の視線で、広く深く追及していくことのできる素晴らしいものであると自負しています。本号も実際に手を取っていただければお分かりですが、多方面からの総説や原著が寄せられています。査読者により十分な吟味がなされ、場合によっては筆者と何度もやり取りをして採択された論文ばかりです。ぜひ精読していただき、性の研究と実践について知識を深くしてください。

皆様の積極的なご投稿をお待ちします。今後ともよろしくお願いいたします。

(A.N.)

日本性科学会会則

第 1 章 総 則

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

第 2 章 目的及び事業

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

第 3 章 会 員

- 第 5 条 会員の種別
1. 正会員：第6条の資格を有する個人
 2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し、理事会の承認を得た法人
 3. 名誉会員：本会の発展に寄与し、理事会の承認を得た個人
- 第 6 条 正会員の資格
1. 医 師
 2. 心理職
 3. 看護師, 保健師, 助産師
 4. その他, 性に関連する領域の学問的知識を持つ者で理事会の承認を得た個人
- 第 7 条 会 費
- 正会員及び賛助会員の会費は、会費規程に定める。
- 第 8 条 正会員を希望するものは、原則として会員1名以上の推薦により、当該年度の会費を添えて、所定の申込書を提出しなければならない。理事会は必要に応じ資格の審査を行う。
- 第 9 条 会員は、学会が発行する機関誌の配布を受け、機関誌への投稿及び学術集会における発表を行うことができる。

第 10 条 会員は次の事由により、その資格を喪失する。

1. 退 会
2. 死 亡
3. 除 名
4. その他

第 11 条 会員が以下の要件に該当したときは、理事会の議を経て、理事長は除名することができる。

1. 3年間、会費を滞納したとき
2. 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反した行為のあったとき

第 4 章 役 員

第 12 条 本会は、理事長、理事、学会長、監事、幹事、事務局長、参与を置く。

第 13 条 理事長は理事の中より選出し、総会において承認する。

第 14 条 役員は次のように構成する。

1. 理事の定員は15名以内とし、選出理事10名以内、指名理事5名以内とする。
選出理事はブロックごとに会員の選挙により選出し、指名理事は理事長の指名により選定し、いずれも総会において承認する。
2. 学会長は理事会の議を経て、総会において承認する。
3. 監事は総会において2名以内を承認する。
4. 幹事は理事長の推薦により選任され、幹事会を構成して、理事会の業務を補佐する。幹事の定員は若干名とする。
5. 事務局長は理事長の推薦により選任され、理事会の業務を補佐し、本会事務を処理する。
6. 理事長は役員経験者の中より参与を推薦することができる。参与は理事会に出席し、意見を述べることができる。

第 15 条 役員任期は1期2年とし、再任を妨げない。

補欠による役員任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

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

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年1回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

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

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

第 6 章 支部、委員会等の設置

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

第 7 章 学術集会（日本性化学学会）

第 25 条 学術集会（日本性科学学会）を年 1 回開催する。

第 26 条 学術集会の企画は企画担当理事が行い、その運営は学会長が行う。

第 8 章 会 計

第 27 条 本会の経費は、会費及び寄付金、その他の収入によって支弁する。

第 28 条 本会の会計年度は毎年 4 月に始まり、翌年 3 月に終わる。

第 9 章 会則の変更及び規程の制定・変更

第 29 条 会則の変更は総会の議を経て行う。

第 30 条 本会則施行に関する規程の制定及び変更は理事会の議を経て行う。

第 31 条 理事の選挙管理規程については別に定める。

第 10 章 補 則

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

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

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

第 35 条 本会事務局は、当分の間、J A S C T 事務所に置く。

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

理事選挙管理規程

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

① 北海道・東北ブロック	1名
② 関東・甲信越ブロック	5名
③ 東海・北陸ブロック	1名
④ 近畿・中国・四国ブロック	2名
⑤ 九州・沖縄ブロック	1名
4. 選出理事は、各ブロック毎に、会員5名によって推薦された立候補者の中より、会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は、選挙実施の前年度末において、入会后満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は、選挙実施の前年度末において、会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は、選出理事の決定とともに解散する。

会費規程

(2008年4月1日より施行)

1. 会費
 - (1) 正会員 (年額) 12,000円 (理事・監事・幹事 15,000円)
 - (2) 学生会員 (年額) 5,000円
 - (3) 賛助会員 (年額) 50,000円
2. 既納の会費は、理由の如何を問わず、返却しない。
3. 入会が年度の半年に満たない新入会員の初年度の会費は半額とする。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」

資格認定規定

- 第 1 条 「セックス・カウンセラー」は、クライアントの性に関する不安や悩みに対し、カウンセリング技法や各種相談過程を通して、間接的に性機能障害に関わり、結果的にこの障害を解消することもある。しかし、これが主目的ではなく、広く性相談にかかわるものである。
- これに対し、「セックス・セラピスト」は、より限定された専門的職能により、性機能障害の直接的な治療を行うものである。
- 第 2 条 本学会「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」の資格認定は、本規定に基づいて行う。
- 第 3 条 資格審査は「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」としての必要な基礎的知識、技能、研究能力等について行う。試験方法は、書類審査、ケースレポート審査、面接試験により行う。
- 第 4 条 「セックス・カウンセラー」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、かつ会員歴が引き続き3年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に3回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に3回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を1回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を1編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第2著者、第3著者に限る。
- 第 5 条 「セックス・セラピスト」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、医師、臨床心理士、保健師、助産師、看護師、その他医療職としての資格を有する者、あるいは、これらと同程度の技能を有すると思われる者で、かつ会員歴が引き続き5年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に5回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に3回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を3回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を2編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第2著者、第3著者に限る。
- 第 6 条 理事会は、本学会員の中から「スーパーバイザー」を任命して、資格試験の審査にあたらせ、「セックス・カウンセラー」と「セックス・セラピスト」の教育・指導を

行わせる。

- 第 7 条 資格認定を申請する者は、所定の申請書、証明書等にケースレポート(4,000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日以上の場合、1日の出席でも1回と計算する。
 - (ロ) 研修会
日本性科学会の研修会への参加は10単位とする。演者は3単位加算する。この参加単位は、1日以上の場合、1日の出席でも1回と計算する。
 - (ハ) 症例研究会
日本性科学会の症例研究会への参加は3単位とする。演者は3単位加算する。
 - ② 日本性科学会以外が行うもの
日本性科学会が指定した下記学会の学術集会または研究会への参加は5単位とする。演者は2単位加算する。性の健康世界学会(WAS world association for sexual health), アジア・オセアニア性科学会(AOFS Asia Oceania Fedelation of Sexology), 日本性機能学会, 日本性教育協会, 日本家族計画協会, 日本思春期学会, 日本性感染症学会, 性の健康医学財団, 日本心身医学会, AASECT, SSSSその他のセクソロジー関連の学術集会, 研究会及び講演会

③ 論文掲載

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

- 2) 認定更新に必要な取得単位の申請は、自己申告制とし、それを証明するに足る書類を添付すること。ただし、まとめの用紙は本学会が指定する書式によるものとする。
 - 3) 学術集会及び研修会での演者としての単位の算定には、それを証明するプログラム又は論文の写しを添付すること。
 - 4) 論文及び著書は、セクソロジーに関わる学術的なものに限る。申請の際にその別刷又は写しを添付すること。
8. 認定を受けてから認定を更新するまでの所定の期間（認定毎に指示する）に取得単位数が所定の研修単位数に満たない時は、認定更新の保留を申し出て、所定単位数を満たした時に再申請することができる。保留期間は2年までとし、保留期間中は認定者の称号を呼称することはできない。
- ただし、特別な事情（長期の病気療養や研究のための外国留学など）の場合は、その事情を記した書類を添付して、保留期間の延長を申請することができる。
9. ここに掲載された認定更新制に関する事項の改訂は認定制度委員会の議を経て理事会の承認を要する。
 10. 平成10年以降に認定を受けたものについては5年ごとに更新を行う。
 11. 平成9年12月1日までに認定を受けたものについては、平成10年12月より単位登録を開始し、平成15年8月1日までに所定の単位を修得したものについては第1回目の認定更新を行う。第2回目からの更新は5年毎に行う。
 12. 認定更新の事務は、日本性科学会事務局において行う。
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、未発表のものに限る。
3. 原稿は、パーソナルコンピューター上のワープロソフトを使用する。和文原稿は、A4版横書き、10.5ポイント、横40字、縦30行とし、英文原稿は、A4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、写真は、1枚ずつ別に添付し、図1、表1のように順番を付し、文中に挿入位置を明示する。図表の裏面には、著者名を付す。図表はパーソナルコンピューターで作成し、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YAMADA Hanakoのように記述する)、和文抄録(500字以内)、英文抄録(200語以内)、内容を示す英語のkeywords(3~5個)、緒言、方法、結果、考察、結論、文献とする。
英文原稿は、和文原稿の記述に準じ、Abstract(200語以内)、Keywords(3~5個)、Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions, Referencesに分けて記述し、和文抄録(500字以内)を添付する。なお、臨床報告およびその他の論文については、抄録と英文抄録は必要としない。
7. 単位はmeter-kilogram-second (mks) 単位とし、和文原稿用紙の数値は算用数字を用いる。英語の綴りは米国式とし、本文中に略語を使用する場合は、その単語を最初に用いる箇所、原語を記載の上()内に略語を併記する。
8. 文献の書き方は次の形式による。
本文中には、文献の出所順にその部位の右肩に文献番号1) 2) 3) を付ける。
 - a. 各文献は出所順に1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名はIndex Medicusの略称に従う。
 - c. 著者名は、3名以下の場合には全員、4名以上の場合には3人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」, 和文雑誌の場合は「他」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名: 論文題名. 雑誌名(類似の誌名のあるときは発行地) 巻: 頁-頁, 西暦年号の順に、単行本の場合は著者氏名: 書名. 発行所名, 発行地, 発行年次. の順に、単行本の中の論文については、著者氏名: 論文題名. 編者または監修者名: 書名. 発行所名, 発行地, 頁-頁, 発行年次. などとする。

記載例：

- 1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
 - 2) 日本精神神経学会性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神経誌 99：553-540, 1997.
 - 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner/Mazel, New York, 1987.
 - 4) 阿部輝夫：セックス・カウンセリング. 小学館, 東京, 1997.
 - 5) 大川玲子:女性の性反応.日本性科学会監修:セックス・カウンセリング入門改定第2版. 金原出版, 東京, 33-35, 2005.
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頁まで無料とし、それを越えるものおよび写真に関する費用は著者実費負担とする場合がある。別刷りを希望する場合は有料とする。
 12. 投稿においては、原稿オリジナルとそのコピー2部を提出する。封筒には「原稿在中」と表記する。掲載決定後は、原稿を保存したCD-ROMを提出する。CD-ROMには氏名、論文タイトル、オペレーションシステム、作成ワープロソフト名を記入し、念のためテキストファイルの原稿も保存する。ワープロ専用機のものを受け付けない。投稿された原稿等は原則として返還しない。
 13. 本誌に掲載された論文の著作権(コピーライト)は日本性科学会に帰属するものとする。
 14. 投稿先は下記の宛先とする。

〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-3 森島ビル4F

日本性科学会 学会誌編集委員会

日本性科学会雑誌編集委員会

編集委員長 永井 敦

責任編集委員 山中 京子

大谷真千子

今井 伸

「日本性科学会雑誌」第31巻1号

平成25年7月31日発行

発行 日本性科学会
〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-3 森島ビル4F
TEL・FAX 03-3868-3853
E-mail: jsss@beige.plala.or.jp
<http://www14.plala.or.jp/jsss/>

印刷所 (株) 絢文社
〒173-0036 東京都板橋区向原3-10-2
TEL 03-3959-3960 FAX 03-3959-6530