

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.34 NO.1 July, 2016

巻頭言..... 阿部 輝夫

日本性科学会のあゆみ..... 大川 玲子

総説 性機能と骨盤臓器脱 永田 一郎
—手術療法を中心に—

原著 成人Female to Maleにおける周りからのソーシャルサポートと
ストレス反応, QOL, 機能障害の関連 安藤 孟梓, 池田 官司, 針間 克己
橋本 恵理, 齋藤 利和, 坂野 雄二, 中野 倫仁
日本人男性7,710人における勃起硬度と性行動に関するインターネット調査
..... 木村 将貴, 永尾 光一, 白井 雅人, 井手 久満
武藤 智, 山口 雷蔵, 堀江 重郎
慢性疾患とともにある男性のセクシュアリティの看護ケアに関する文献研究 森 加苗愛

活動報告 ライフサイクルを見据えた生と性健康教育を目指して 山崎 真子

臨床報告 二分脊椎男性のセクシュアリティに関する調査報告 道木 恭子, 小野 敏子, 土居 悦子
野田 洋子, 足立 久子
愛知県で勤務する性同一性障がい当事者の就労状況と
カミングアウトに関する実態調査 こじまさところ, 丹羽 咲江

公 告

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」扱いも無くなり、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とのだろうと思う。

「言葉は生きている」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、なかでも違和感をもっているのは、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？」が常識的ではなかろうか。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
日本性科学会のあゆみ	大川 玲子	3
総 説 性機能と骨盤臓器脱 —手術療法を中心に—	永田 一郎	9
原 著 成人Female to Maleにおける周りからのソーシャルサポートと ストレス反応, QOL, 機能障害の関連	安藤 孟梓, 池田 官司, 針間 克己, 橋本 恵理 齋藤 利和, 坂野 雄二, 中野 倫仁	21
日本人男性7,710人における勃起硬度と性行動に関するインターネット調査	木村 将貴, 永尾 光一, 白井 雅人, 井手 久満 武藤 智, 山口 雷蔵, 堀江 重郎	33
慢性疾患とともにある男性のセクシュアリティの 看護ケアに関する文献研究	森 加苗愛	43
活動報告 ライフサイクルを見据えた生と性健康教育を目指して	山崎 真子	57
臨床報告 二分脊椎男性のセクシュアリティに関する調査報告	道木 恭子, 小野 敏子, 土居 悦子 野田 洋子, 足立 久子	67
愛知県で勤務する性同一性障がい当事者の就労状況と カミングアウトに関する実態調査	こじまさとこ, 丹羽 咲江	71
公 告		79
編集後記	A.N	80
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		81
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		85
資格認定更新に関する規定		87
投稿規定		89
日本性科学会総会議事録		91
日本性科学会役員		97

日本性科学会のあゆみ

日本性科学会
大川 玲子

日本性科学会は35年余りの歴史を持つ、性科学に特化した性科学に関するすべての分野を対象とする学際的団体である。学会雑誌も設立早期から発刊し、本稿の掲載誌は第34巻である。

本会の歴史を、一里塚としてまとめる意義は大きいですが、遅きに失した感もある。設立メンバーの多くは鬼籍に入られ、またこの間事務局の移転もあり、当時の記録が充分には残っていない。現理事長の筆者としては、事務局の記録はもとより、設立当初からの一会員として所有する資料、また先輩からの情報にも頼って、本会のあゆみをまとめてみる。

1. JASCT (ジャスクト) としての発足

日本性科学会の前身、日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会 (Japan Association of Sex Counselors and Therapists (JASCT)) は1979年に設立された。米国で Masters & Johnson (以下 M & J) の性治療を学んだ野末らが、その知見を日本に普及し、性医学を定着させようという活気的な試みである。

設立メンバーは初代会長でもある馬島季磨 (阿伎留病院院長・当時) をはじめ、松本清一 (自治医科大学付属病院院長・当時)、石浜淳美、野末源一、東福寺英之である。彼らを含め設

立時の役員はすべて、当時医学界の重鎮であり、かつセクシュアリティにも目をむけた人々である。すなわち医学界でもマイナーとされていた分野の活動を推進するに、適切な人々が参集している。発足時に筆者を誘って下さった武田敏も、子宮ガン病理診断の第一人者であると同時に、大学の教員養成課程に性教育を根付かせた人である。

米国で M&J が人間の性不全 (Human Sexual Inadequacy, 1970) を発表してから9年、謝国権の訳本出版の前年にこれだけの有志を集めた研究会発足は、先進的な取り組みと言える。振り返って1970年代は、日本性教育協会、日本インポテンス研究会 (現在の日本性機能学会)、世界性科学会、アジア性科学会などが次々と発足し、性についての教育、研究、普及活動の波が起こった時期であった。また欧米でも日本でも人権運動が活発で、ウィメンズ・リブも含めて性の自由といった概念が浸透した時代でもあった。

JASCT の立ち上げではまず、1979-80年にかけて、10回にわたる性カウンセリング・セミナーを開催した。

筆者は当時産婦人科医として7年目、大学卒業時から「専門家として患者さんの性の悩みに応えたい」と考えていたので、期待を持って参加した。セミナーの内容は主に M&J の

人間の性反応と性治療の解説であったが、医学部でも産婦人科学会でも聞いたことのない講義に驚き、目の前が明るくなった。ちなみに現在でも、この時とあまり変わらない基礎的な性科学の話をする、一般の人ばかりか産婦人科医を含めた医師たちからも、「初めて聞く内容」という感想が返って来ることが多い。これは私を含めた日本の性科学者の責任と考えている。

この集中的なセミナーに集まった参加者を中心としてJASCTを結成し、学会学会を開催し、学会雑誌を発刊した。

団体として当初の会員数は100名前後で、法人会員数3であった。前述の設立メンバーのほか、理事は斎藤宗吾、小此木啓吾、本多洋、武田敏、長池博子、山崎高明、亀谷謙、河野友信、長田尚夫などである。

理事長は初代馬島について、松本清一(1981-1997)、野末源一(1998-2006)と継がれ、2006年から筆者が担当している。2016年3月現在の会員は327、賛助会員1である。

表1はJASCT・日本性科学会を通じて本年までの、歴代学術学会長である。医療の多領域からの参入が理解される。

2. 日本性科学会

1995年JASCTは学会組織「日本性科学会」となった。日本で主催した第12回世界性科学会(学会長:松本清一)に共催団体となることもきっかけとなった。「日本性科学会」はセックス・セラピー・カウンセリングのみでなく、性科学全体を対象とする学際的団体という、将来を見通しての命名である。当初は「名ばかり」という声もあったが、現在の学会事業やメンバーの取り組み、学会雑誌の内

表1 歴代学術学会長

開催年	学会長	主催機関
第1回(1981)	本 部	
第2回(1982)	馬島 季麿(婦)	公立阿伎留病院
第3回(1983)		
第4回(1984)	斎藤 宗吾(泌)	斎藤泌尿器科
第5回(1985)	河野友信(心内)	都立駒込病院
第6回(1986)	長田 尚夫(泌)	聖マリアンナ医科大学
第7回(1987)	長池 博子(婦)	長池優生保護相談所
第8回(1988)	武田 敏(婦)	千葉大学
第9回(1989)	岡村 靖(婦)	産業医科大学
第10回(1990)	笠井 寛司(婦)	滋賀医科大学
第11回(1991)	阿部 輝夫(精)	順天堂大学
第12回(1992)	亀谷 謙(婦)	小山田温泉記念病院
第13回(1993)	山崎 高明(婦)	山崎産婦人科
第14回(1994)	廣井 正彦(婦)	山形大学
第15回(1995)	矢追 良正(婦)	獨協医科大学越谷病院
第16回(1996)	熊本 悦明(泌)	札幌医科大学
第17回(1997)	玉田 太朗(婦)	自治医科大学
第18回(1998)	石津 宏(精)	琉球大学
第19回(1999)	川野 雅資(看)	三重県立看護大学
第20回(2000)	岩本 晃明(泌)	聖マリアンナ医科大学
第21回(2001)	大川 玲子(婦)	国立千葉病院
第22回(2002)	石河 修(婦)	大阪市立大学
第23回(2003)	原科孝雄(形成)	埼玉医科大学
第24回(2005)	内野 英幸(婦)	新潟県小出保健所
第25回(2005)	麻生 武志(婦)	東京医科歯科大学
第26回(2006)	村口 喜代(婦)	村口きよ女性クリニック
第27回(2007)	高波眞佐治(泌)	東邦大学佐倉病院
第28回(2008)	菅沼 信彦(婦)	京都大学
第29回(2009)	塚田 攻(精)	埼玉医科大学
第30回(2010)	永井 敦(泌)	川崎医科大学
第31回(2011)	茅島 江子(看)	東京慈恵会医科大学
第32回(2012)	本 部	12thAOFC 同時開催
第33回(2013)	早乙女智子(婦)	神奈川県立汐見台病院
第34回(2014)	中塚 幹也(婦)	岡山大学
第35回(2015)	石原 理(婦)	埼玉医科大学
第36回(2016)	天野 俊康(泌)	長野赤十字病院

容をみれば、それに近づいていると言える。学会登録により、日本性科学会雑誌は医学中央雑誌からの検索が可能になった。

3. 倫理規定

後述するセックス・カウンセラー・セラピストの認定制度を機に、本会の倫理規定策定が急がれた。世界性科学会で承認された倫理規定（WAS Code of Ethics 教育，研究，診療についての）は本邦の状況を考慮して検討し，そのまま使用可と判断して，2005年にこれを採用した。全文（英文）は本誌Vol.19（1）に掲載，抄訳が同年の研修会抄録集に掲載されている。世界・日本の情勢から改定も検討中である。

セクシュアリティというナイフで人権に関わることがらを活動対象とする以上，対象個人に影響を及ぼし，傷つける恐れもあるため，会員は是非知る必要がある。

最重要の問題は，性科学の教育，研究，診療に携わる者（会員）は，その「対象者（特にクライアント，患者）と，治療に有効と推測される場合にも，性行為をしてはならない」ということである。専門家の立場を利用し，あるいは無意識にも相手を傷つける可能性が高いからである。

訓練されたサロゲートが，セラピストの指導の下，同意を得たクライアント（患者）と性行為をする，という研究グループもあるが，現在のところ，これを認める安全で説得力のある理論は無い。

この倫理規定に抵触する行動は，セラピスト・カウンセラーばかりか，会員としても認められない。このため入会をお断り，会員辞退を勧めた事例が過去数回あった。

4. 事業

学会としての事業はJASCT以来のものをふくめて以下のものがある。

・性治療研修会（現セックス・カウンセリング研修会）

現在はほぼ1年1回であるが，初期集中セミナーから通算して本年は第45回となった。内容の中心はセックス・カウンセリング・セラピーであり，新情報，性科学全般のトピックスとともに，新たに学ぶ人のためほぼ4年で一回りする基礎編，を組み込んでいる。

2007年からは大阪市立大学が中心となって近畿地区研修会を開催しており，本年度10回目を数えた。

・セックス・セラピー

JASCT以来，本部が中心的に行っている事業なので後述する。

・資格認定制度

セックス・カウンセリング・セラピーを普及させ，レベルを上げるため1997年，資格認定制度を開始した。資格の条件，応募また5年毎の更新の要領は学会雑誌に掲載されている。ここでセラピストは性機能不全の治療者であり，カウンセラーはより広く性の相談に乗ることができる人，という定義である。前述の研修会，学会の参加と実践レポートの提出も認定の条件である。

・症例検討会

症例検討会を隔月1回，本部カウンセリング室で行っており，発表内容は年4回発行の「日本性科学会ニュース」に掲載している。症例だけでなく，個人研究の小発表会といった趣もある。また数年前から臨床心理士（勉強中の人を含む）を対象に，より専門的な症例検討会も行われている。

5. セックス・セラピー事業

JASCTは本部に治療室を設置し，野末ほ

かの医師と臨床心理士の金子和子、渡辺景子、堀一子（2007まで）が診療にあたった。この間（1986-2015）に診療した性機能不全のクライアントは男性1,278、女性1,143の計2,121名である。診療内容は本誌Vol.29（1）日本性科学会カウンセリング室の相談者の動向（渡辺、金子）に詳しい。

このほか野末が在籍した日赤医療センターでも野末、金子が多数のクライアントを診療したが、医療センターの新築を機に本部カウンセリング室に併合された。

女性受診者の多数を占めるワギニズムス（挿入障害）の治療補助に、腔ダイレーターを作成販売していたが、現在はジェクス（株）が作成販売し、子宮がん治療後や造脛術の補助にも使用可能となっている。

カウンセリング室は収入を伴う事業であり、初期の集中セミナー準備のため、JASCTとは別に会社組織（新医学普及協会）が運営した。これはJASCT設立前の1977年につくられたものである。その後カウンセリング部門は、学会事務局とともに移転した際、学会に併合した。

6. 国内・国際団体との連携活動

世界性科学会 World Association for Sexology; WAS（1972設立）、アジア性科学連合 Asian Federation of Sexology; AFS（1990設立）には発足時から、日本性教育協会の面々とともに参加し、むしろ中心的に活動していた。各団体は隔年に国際会議を開催しているが、日本では前述のように第12回 WAS（横浜・学会長：松本精一）を1995年、また2000年に第6回 AFS（神戸・学会長：松本精一）を開催した。WASは2007年 World Association for Sexual Healthと改名、AFSは2003年、オーストラ

リア等を含めて、Asia Oceania Federation of Sexologyとなり、通算第12回の AOFS（学会長：大川玲子）を2012年、松江市で開催した。

第12回 WAS を日本性科学会とともに共催した、日本性教育協会、日本家族計画協会、日本性機能学会、日本思春期学会の5団体はその後、日本性科学連合 Japan Federation for Sexology; JFS を結成、本邦性科学を結集する連合体として、また上記二つの国際学会への窓口ともなっている。後に日本性感染症学会、性の健康医学財団が参入し、現在 JFS には7団体が加盟している。国際学会開催の主力となるほか、現在の活動は主に、日本性科学会の学術大会の前日の、性科学セミナー開催であるが、より独自の活動も検討している。

7. 出版・研究活動

セックス・セラピー・カウンセリングのテキストブックとして、1995「セックス・カウンセリング入門 日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会、日本性科学会監修（金原出版）」を出版し、改訂版を2005年に出版した。残念ながら現在両書は絶版となっており、類書はないところから新版（タイトル未定）を分担執筆中である。

会員の性科学関連著書、訳書は多いが、なかでも野末源一訳「ニュー・セックス・セラピー（カプラン著、星和書店、1982）」、阿部輝夫訳「図解セックス・セラピー・マニュアル（カプラン著、星和書店、1991）」はセックス・セラピーの古典というより基礎であり必読書である。

学会内の研究活動をあげると

・ がんと性研究会

疾患の代表ともいえるがん患者に、心身の

状態に応じたセクシュアリティ支援を考える、というグループ活動で、医療者向けのセミナーをこの10年開催している。

・セクシュアリティ研究会

中高年（40-79歳）男女のセクシュアリティ調査を行い、研究発表、著書出版を行っている。調査は2000年、2002年、そして2012年に行った。

・GID学会

学会自体は本学会よりメンバーも多い独立した学会であるが、主要メンバーの多くは本会の会員でもあり、同胞的団体と認識されている。

8. 学会からの発信

JASCT・日本性科学会は日本、および世界の性科学の活動にいささかの寄与をしてきたが、そのほか「セックスレスの定義」「膣の正しい漢字表記」を発信したことも記しておきたい。

セックスレスは現副理事長阿部輝夫が提案し、日本性科学会として検討した上で定義したものである。（日本性科学会雑誌Vol112 特集セックスレス）当時は多少とも病的な状態を定義する目的で提案されたが、今日では周知のように社会現象のように使われている。

女性性器「ちつ」の漢字表記は「膣」「脬」が混在しており、出版社使用の文字もワープロで出易い「膣」がしばしば使われていることについて、会員の疑義が発端である。役員会では結論が出ず、順天堂大学医史学の酒井シヅ教授にお尋ねしたところ、即座に回答され、女性器のちつには「部屋」の意があり、にくづきに室の「膣」が正しい、ということであった。また冗談の様に「ちつ」にハ（歯）があったら怖いでしょう、というお話もあっ

た。明快で合理的な解釈に、今後日本性科学会から発信するものはもちろん、他の場所での使用も正していく、という方針が決まった。これについては会員の地道な努力が続いているが、現在なお、出版社の規定で「膣」を使えないと断られることも少なくない。

9. 事務局

JASCT 及び日本性科学会事務局、およびカウンセリング室は、長く港区新青山ビル3Fの長谷クリニック内にあったが、2011年に現在の本郷3丁目森島ビル4Fに移転した。

JASCT から現在まで事務局長である内科医師の本郷元夫は、団体の設立メンバーでもあり、学会の要である。JASCT 発足間もない1983年から学会およびカウンセリング室事務担当の吉川は、学会の生き字引であり理事長以下の信頼を得ている。亀沢も1996年からのベテラン事務員で、クライアントや性相談に関わる電話も含め、臨機応変の対応をお願いしている。

10. おわりに

歴史もさることながら、比較的新しい会員にも必要と思われる情報を含めた。今後の日本性科学会発展に役立てば幸いである。

謝 辞

本稿は第35回日本性科学会での理事長講演を基にしたものである。本会の歴史をまとめる機会をいただいた石原理会長、あらためて学会雑誌にも残す決定をした編集委員会に感謝の意を評する。

文中敬称はすべて割愛したことをご了承ください。

性機能と骨盤臓器脱 —手術療法を中心に—

埼玉医科大学 産婦人科
女性骨盤底医学センター
永田 一郎

Saitama Medical University Hospital

NAGATA Ichiro

はじめに

高齢女性の増加とともに骨盤臓器脱 (pelvic organ prolapse-POP) は増加の一途を辿っている。

POPには様々な病型があるが(図1)、いずれも初期の症状は外陰部からの異物脱出感である。そして脱垂が進むと、病型に応じて排尿障害、排便障害などを生じてくる。

POPは昔から女性の悩みであり、紀元前1500年に最初の記載がエジプトにみられる。紀元前400年の記録では、ヒポクラテスはPOPの治療として患者を梯子の上にさかさ

に吊ってゆすっていたという¹⁾。

しかし、以後の歴史の中では、POP治療にはいろいろなものをペッサリー風に腔につめるくらいでさしたる進歩もみられなかった。POPの手術は19世紀後半、麻酔と消毒の概念が確立されてから各種の手法が一度に開花した。そして20世紀初頭にはすでに現今行われている手法でメッシュ法以外、すなわちnative tissue repair (NTR) 法はほとんど確立されている。一方、POPの治療と性機能との関係については10~15年前まではほとんど問題にされていなかった^{2) 3)}。

図2は熊谷総合病院の2006年9月以降8年間のPOP症例である。性活動のある女性は60歳代では10.3%, 70歳以上では2.4%であった。米国の報告ではsexually activeなPOP患者は60歳代で37%, 70歳以上でも9.6%もあるという(図3)⁴⁾。これは、わが国でも近い将来、性機能がPOPの治療上、重要な要素になってくることを示唆している。

今後、POPの治療にあたっては性機能の温存に重点を置く必要がでてくるであろう。

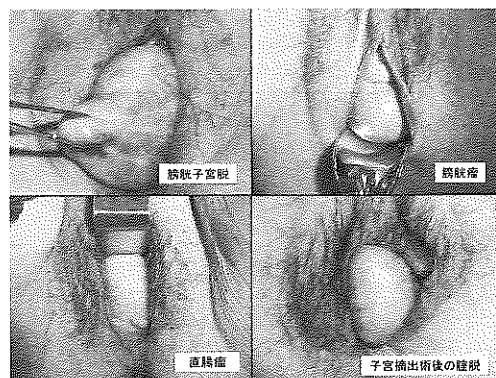


図1

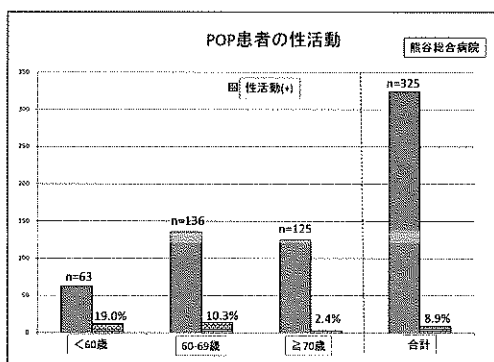


図2

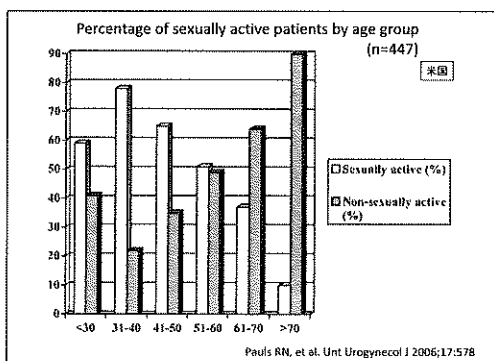


図3

そこでこの機会に性機能とPOPとの関連を考察してみる。

POPの治療法と性機能

POPの治療法には保存的治療と外科的治療(手術)がある。前者にはペッサリー療法と骨盤底筋訓練がある。後者には経腔的手法、経腹的手法があり、子宮、頸部、膣などを保存する手法と膣を部分的あるいは全面的に閉鎖する手法がある。それぞれの治療法で性機能が異なってくることは文献的に種々のデータで示されている。

POPの保存的治療と性機能

ペッサリー療法：

Lowensteinら⁵⁾はPOPと性機能に関する質問

票(Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire)の12問式簡易型(PISQ-12-SF)(後述)で調べた結果、自覚的ボディイメージと性機能領域の改善度はペッサリー療法では手術療法より低かったとしている。

骨盤底筋訓練(Kegel's exercises)：

骨盤底筋訓練は近年軽度のPOPに盛んに行なわれており、関連のパフレットも所々に見受けられる。

この訓練はKegel⁶⁾が1948年に報告した方法で、彼はself-checkの道具(perineometer, 腔訓練用錘トレーナー)も開発している(図4)。

ここから発展した家庭用腔圧測定器(図5)や錘トレーナー(図6)が米国では現今ネット販売されている。



図4

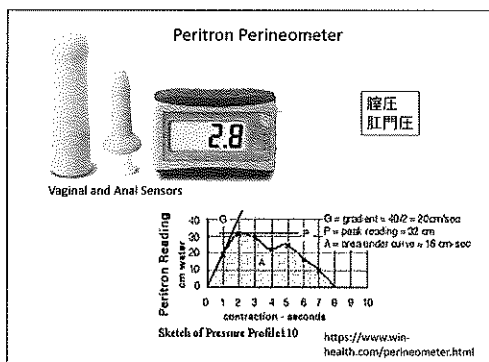


図5

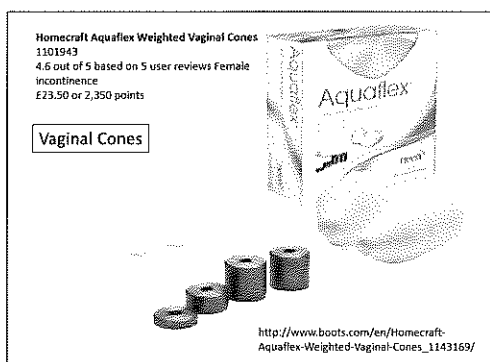


図6

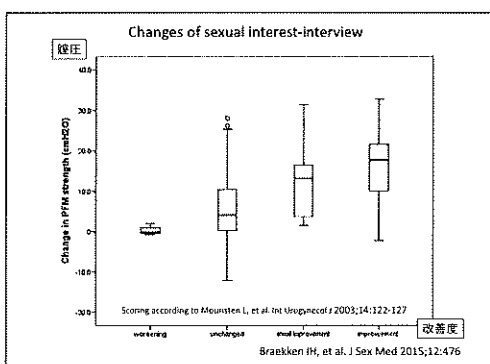


図7

骨盤底筋訓練は要領をつかむことが難しい人が多いので、これらの機器は訓練のself-checkないし auto-feedbackに極めて有用である。

Braekkenら⁷⁾は骨盤底筋訓練によって腔圧が上昇するようになると性機能のスコア⁸⁾が上ることを示している(図7)。彼らは性機能が改善した女性では骨盤底筋の強度と筋収縮持続時間の増加がみられ、骨盤底筋訓練は人によっては性機能を改善しようとしている。

POPの外科的治療と性機能

外科的治療法には腔式と腹式がある。腔式手法にはメッシュを使用しない従来法とメッシュを使用するtransvaginal mesh法(TVM)*があり、前者では通常子宮を摘出す

るが腔は温存され、後者では子宮も腔も温存される。

*TVMはtension-free vaginal meshの略とすることもある。

腹式手法はメッシュを介して腔を仙骨に吊り上げる腹式仙骨固定術abdominal sacrocolpopexy (ASC) である。ASCは近年腹腔鏡やロボットを用いる手法(laparoscopic sacrocolpopexy:LSC, robot-assisted sacrocolpopexy: RSC) が広まりつつある。これら腹式手法では近年は子宮体部を摘出し、子宮頸部と腔を温存する手法が一般的となっている。

このようにPOPの修復手術は術式によっては子宮を全部または一部摘出し、術式によっては腔の挙上方向も微妙に異なってくる。また、術式によって皮膚や腔壁の切開の部位や切開の深さも様々である。そこで各術式と性機能との関係をみる前に女性の性反応について文献的考察を加えておく。

女性の性反応

女性の性の反応は種々の要素が複雑に関係している。Resace/Kingsbergは、女性の性反応を四大要素(生物学, 生理学, 社会文化的, 対人関係)にわけている(図8)^{9a)}。

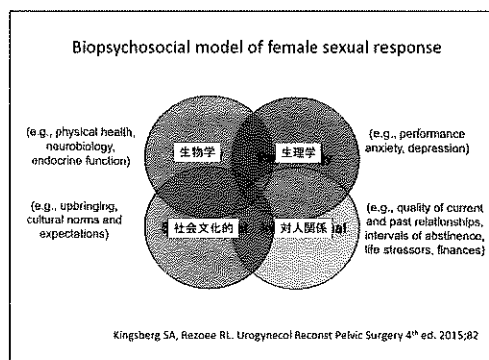


図8

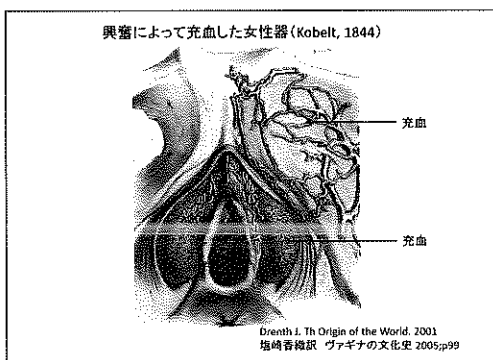


図9

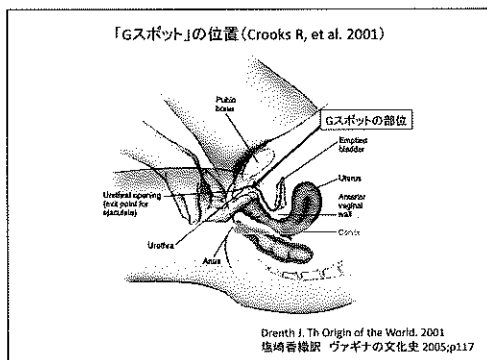


図11

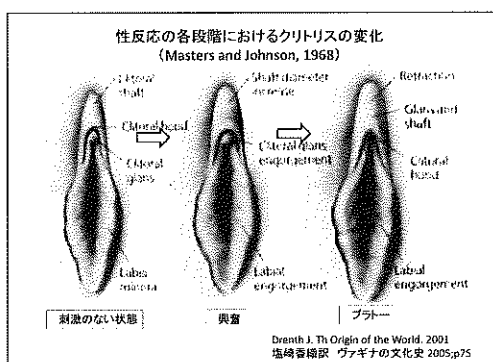


図10

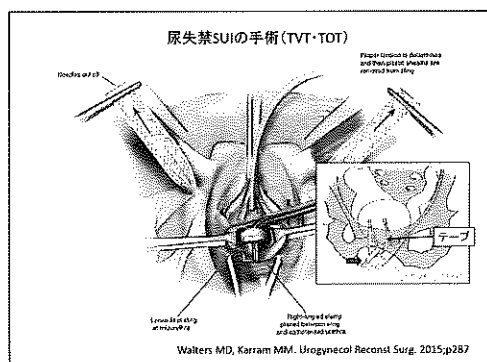


図12

性的興奮によって女性性器の血管は図9のように充血するという^{10)a}。

性的興奮によるクリトリスの変化を図10に示す。性的興奮によりクリトリスは肥大し、プラトーに達するとフードのなかに引き込まれるという^{10)b}。クリトリスを支配する神経は複雑で、交感神経(T1～L3)、副交感神経(S2～S4)が関連しており、クリトリス背部の知覚神経は陰部神経であるという¹¹⁾。

また女性の重要な性感帯にGスポットがあり、それは恥骨の裏側、尿道上部に隣接する前腔壁のあたりにあるとされている(図11)^{10)c}。腹圧性尿失禁の手術(中部尿道挙上術:TVT,TOT)はGスポットを損傷し、性機能を損なう恐れがある(図12)¹¹⁾²⁾¹³⁾。

子宮や膣にも性反応があるという。性的に

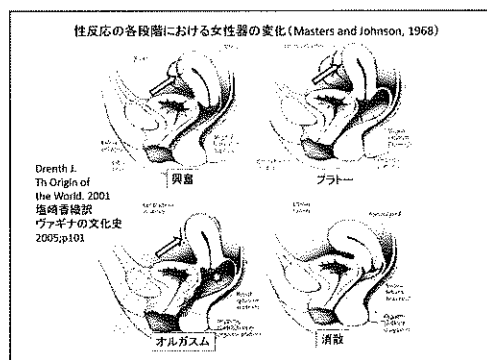


図13

興奮すると子宮は後方にシフトし、プラトーを経てオルガスムでは腔内も拡大するとされている(図13矢印、星印)^{10)d}。そうであるなら、子宮を腔式に摘出することを原則とするPOP手術の従来法では術後性機能に負の影響をもたらす可能性がある。その意味

でTVMは子宮を温存する術式であり、腹腔鏡下手術を含む腹式手法でメッシュを介して子宮を仙骨に固定する手法(腹式仙骨・子宮固定術abdominal sacral hysteropexy)や腔式に子宮頸部を仙棘靱帯に固定する手法(腔式仙棘靱帯・子宮固定術vaginal sacrospinous hysteropexy)も今後は今まで以上に取り入れていく必要がでてくるであろう。なお、現在は腹式の仙骨固定術では前述のように通常子宮体部を摘出する子宮亜全摘supracervical hysterectomyを併行している。その理由はPOP患者には生殖年齢を過ぎた人が多いこと、子宮体部を摘出するとその後の操作が容易で確実になること、などである。

それではここで各術式の性機能に及ぼす効果を文献的データでみてみる。前にも触れたが、性機能を追跡するには質問票が有力なツールで、報告の多くはこれを用いている。本会の会員諸氏は性機能関係の質問票は周知のことと思われるが、われわれ産婦人科医にはあまりなじみがないのでここに一項設けた。

性機能とPOPに関する質問票

各種治療経過に関する質問票は泌尿器科では学会で公認されたものが種々用いられているが、産婦人科関連の学会で公認された質問票はみあたらない。しかし性機能とPOPを関連付けた質問票は患者のQOLを考えると今後産婦人科医も取り入れていく必要がある。

性機能関連の質問票で米国などで公認されているものは数多く存在する(表1)^{9b)}。

POPと性機能を関連付けた質問票としてはPelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence

表1 Validated Tools That Can Be Used to Measure Female Sexual Dysfunction

Tool	Assessed Area
Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000)	Desire, arousal, orgasm, and pain
Female Sexual Function Index-6 Item (FSFI-6) (Sutton et al., 2010)	Desire, arousal, orgasm, and pain
The McCoy Female Sexual Function Questionnaire* (McCoy 2000)	
The Brief Sexual Symptoms Checklist (Hitzelchrist et al., 2010)	
The Female Sexual Distress Scale-Revised (Derogatis et al., 2008)	Distress
The Intimate Relationship Scale (Fischman et al., 1986)	Changes in sexual relationship
Sexual Quality of Life-Female (SQoL-F) (Symonds et al., 2005)	Quality of life in women with female sexual dysfunction
Colombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (CRIS) (Rust and Colombok, 1985)	Quality of sexual relationship
Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) (Clayton et al., 2009)	Brief diagnostic tool for HSDD
Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) (Rogers et al., 2003)	Sexual function in women with prolapse or urinary incontinence

Walters MD, Karram MM. Urogynecol Reconstr Surg. 2015;p89

Sexual Questionnaire (PISQ)が代表的である。PISQは本来31個の質問でできているが¹⁴⁾、それを12個にしたPISQ-12を用いた報告が多くみられる¹⁵⁾。

国際ウロギネコロジー学会 (International Urogynecological Association-IUGA) はこれを世界中の国で使用できるように改良したPISQ-IUGA revised (PISQ-IR)を作成した¹⁶⁾。

最近PISQ-12は東京女子医大の巴ひかる教授らのグループによって日本語に翻訳されIUGAに承認された¹⁷⁾。

巴氏の報告を読むと国際的に公認されるには数多くの過程を踏む多大な労力を必要とする。例えば原文の‘fear’という単語を日本語にする場合、まず‘恐怖感’と訳して、コミュニティー・レビューで患者さんと検討すると‘不安’ということになり、‘不安’を英語のnative speakerに逆翻訳してもらったと‘unease’とされたが、‘unease’は‘fear’とはイコールではないということで最終的に‘恐れ’となり、やっと承認されるに至ったという。他の用語も一々このような段階を経てIUGA公認の日本語版ができ上がったということである。筆者もこの日本語版を用いはじ

めたが、これでもまだ一部不自然な箇所があり、筆者らは患者に指摘された箇所で表現を一部かえて使用している。

PISQ-IRはいくつかのドメイン(興奮度, POP・UI, 痛み, パートナー関連, 性欲, 満足度)に分けられる。これらのドメインを Resaee/Kingsberg らの女性性反応の生物心理学モデル⁹⁾にあてはめるとおおよそ図14のような配置になる。

PISQ-IRのデータは将来に期待することにして、ここでは主としてPISQ-12の海外のデータでPOP手術が性功能に及ぼす影響をみてる。

POP手術が性功能に及ぼす効果

図15でみるとPOPやUI(尿失禁)の手術後6ヶ月で性功能に関するPISQ-12のトータルスコアは術前に比して有意に増加している。なお、ここでのPOPの手術は腔式従来法(腔式子宮全術)とあるがその詳細は不明である。

表2はPOPのない女性とPOPのある女性のPISQ-12のスコアをドメイン別に示した表である。Tokらはこの結果から、POPのある女性ではPISQ-12スコアが低く、POPは性交

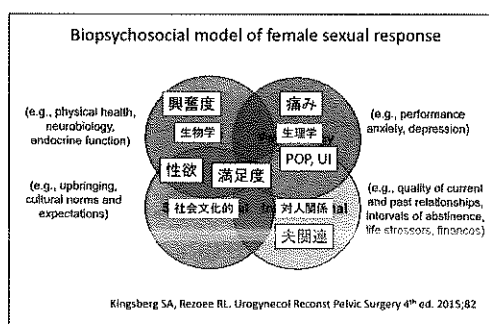


図14

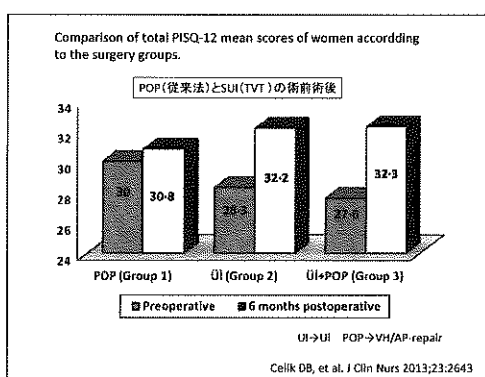


図15

中の尿漏れ、パートナーの勃起や射精、POPによる性交回避、などのドメインに有意な低下をみている。一方、POPはオルガスム(表2矢印)や性的満足度(表2矢印)には影響を及ぼさないとしている¹⁸⁾。

表2 Comparison of individual indices of PISQ-12

POPのない女性とPOPのある女性			
	Protrapse (-) N = 825	Protrapse (+) N = 342	P
Sexual desire	1.6 ± 1.1	1.6 ± 1.1	0.04
Genital orgasm	1.9 ± 1.3	1.8 ± 1.2	0.21
Sexual excitement	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.3	0.01
Sexual satisfaction with sexual activities	2.1 ± 1.4	2.0 ± 1.4	0.34
Pain during intercourse	2.4 ± 1.7	2.3 ± 1.5	0.23
Urinary incontinence during sexual activity	3.6 ± 1.1	3.4 ± 1.2	0.003
Fear of incontinence (urinary or fecal) during sexual activity	3.7 ± 1.0	3.4 ± 1.2	0.001
Avoidance of intercourse due to prolapse	3.7 ± 1.0	3.5 ± 1.1	0.003
Negative emotional reactions (fear, disgust, shame, guilt) during sexual activity	3.5 ± 1.1	3.3 ± 1.3	0.001
Erection problems of partner	3.6 ± 1.0	3.4 ± 1.2	0.002
Premature ejaculation of partner	3.3 ± 1.2	3.0 ± 1.4	0.003
Comparison of orgasmic level between past and present	3.1 ± 1.4	3.0 ± 1.4	0.14
Total PISQ-12 score	33.3 ± 6.1	31.1 ± 6.4	<0.001

Tok EC, et al. J Sex Med 2010;7:3959

表3 PISQ results for 26 sexually active women

POPの従来法とSUIのTOTの術前と術後(12~54 weeks)					
	Group analysis			Individual analysis	
	Preoperative*	Postoperative*	P-value**	Delta score***	P-value****
PISQ total	85 (49-105)	98.5 (56-112)	0.003	9.77 (14.66)	0.002
Domain score					
Behavioural/Emotive	39 (15-46)	42.5 (16-52)	0.220	1.77 (9.24)	0.338
Physical	29 (14-40)	36.5 (23-40)	<0.001	6.35 (6.42)	<0.001
Partner-related	18 (12-22)	20 (14-24)	0.002	1.65 (2.24)	0.001

*Represented as median (range).
 **Using Wilcoxon signed-rank test.
 ***Delta score: change in score per participant, represented as mean (standard deviation).
 ****Using one-sample t-test, test value = 0.

POPの従来法: 腔式子宮全摘術+前後陰壁形成術+膦挙上術
 SUI: 腹圧性尿失禁 TOT: 経閉鎖孔式尿道挙上術

Roos AS, et al. BJOG 2014;121:96

手術法の種類と性機能

次に手術法の種類によって性機能にどのような変化が生じるかを文献的にみている。

腔式従来法(図16): 表3は従来法(VH+AP repair+sacrocolpopexy)と腹圧性尿失禁の手術(TOT)の術前と術後(12~54週)のPISQ-12のスコアの変化をみている。有意な改善はトータルスコアと、身体的ドメイン、パートナー関連ドメインにみられたが、行動/感情ドメイン(Behavioural/Emotive)にはみられていない。すなわち性欲とオルガスムについては

改善はみられなかったという¹⁹⁾。

TVM法(図17): 表4は経腔的メッシュ法(Prolift型TVM)1年後のPISQ-12スコアであるが、性機能は悪化している。Altmanらは、悪化の要因は主として行動と感情のドメインとパートナー関連のドメインによるとし、術後の解剖学的治癒はPISQスコアの改善には関連していなかったとしている²⁰⁾。

腹式仙骨固定術(図18): 表5は腹式手法に関するHandaら²¹⁾の結果である。PISQ-12スコア

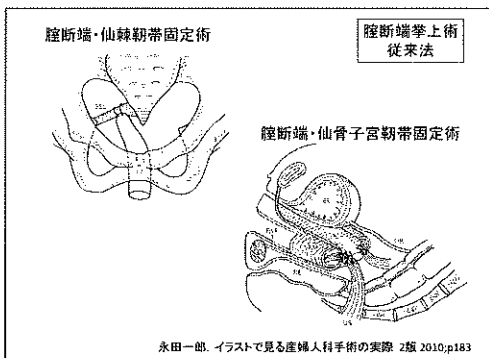


図16

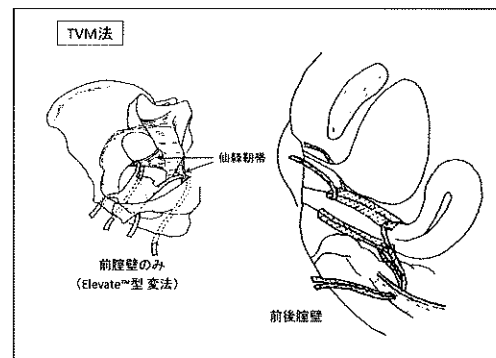


図17

表4 PISQ-12 scores stratified by patient characteristics

経腔的メッシュ法 (TVM) の1年後			
	Baseline (n=93)*	1 Y (n=69)*	P
Overall	15.5 (8.0)	11.7 (6.9)	<.001
Body mass index (kg/m ²)			
≤5 or lower	14.9 (6.6)	12.5 (6.2)	.01
Higher than 25	16.7 (8.9)	11.9 (7.2)	.006
Postmenopausal			
Yes	15.7 (8.1)	12.0 (7.1)	<.001
No	17.4 (8.8)	10.6 (8.5)	<.001
Smoker			
Yes	13.5 (9.0)	12.5 (7.8)	.2
No	16.2 (7.9)	12.0 (6.7)	<.001
Concurrent surgery			
Yes	15.3 (7.4)	11.9 (6.2)	.2
No	16.0 (8.1)	12.2 (6.8)	<.001
Age (y)			
65 or younger	16.0 (8.4)	11.8 (6.9)	<.001
Older than 65	15.6 (7.0)	12.8 (6.3)	.2
Parity			
1-2	15.6 (8.4)	13.0 (6.9)	.008
3 or more	16.2 (7.5)	10.8 (6.0)	.01
Anterior transvaginal mesh repair			
POP-Q stage 0-I	†	13.0 (8.9)	NA
POP-Q stage II-III	16.9 (8.5)	12.8 (8.7)	.01
Posterior transvaginal mesh repair			
POP-Q stage 0-I	†	12.3 (5.3)	NA
POP-Q stage II-III	15.4 (7.8)	12.5 (5.5)	.08
Anterior transvaginal mesh repair			
POP-Q stage 0-I	15.5 (8.7)	12.3 (8.0)	.03
POP-Q stage II-III	15.0 (7.8)	13.5 (5.3)	.2
Combined anterior and posterior transvaginal mesh repair	17.3 (6.8)	10.7 (5.5)	.002

POP-Q, Pelvic Organ Prolapse Quantification.
 Data are mean (±standard deviation).
 Statistical comparison between baseline and 1 year after surgery performed with Wilcoxon signed rank test.
 * Number of patients for whom a PISQ-12 score could be calculated. A summated score can be calculated with up to two missing values, after which the short form loses accuracy in predicting the full version.
 † No patients available for analysis.

Altman D, et al. Obstet Gynecol 2009;113:130

表5 Sexual activity and sexual function before and 1 year after surgery (n=224)

腹式仙骨固定術の術前と術後			
	Before sacrocolpopexy	One year after sacrocolpopexy	P value*
Sexually active	148 (66.1%)	171 (76.3%)	<.001
"Pelvic or vaginal symptoms" interfere with sex	68 (30.4%)	16 (7.1%)	<.0001
Fear of incontinence restricts sexual function	23 (10.3%)	7 (3.1%)	.003
Avoid sex because of bulging in the vagina	107 (47.8%)	10 (4.5%)	<.0001
Intercourse limited by pain	87 (38.8%)	47 (21.0%)	<.0001
Frequency of sexual desire "seldom" or "never"	71 (31.7%)	71 (31.7%)	1.00

* P values by McNemar's test.
 Handa: Sexual function before and after sacrocolpopexy. Am J Obstet Gynecol 2007.

Handa VL, et al. Am J Obstet Gynecol 2007;197:629.e4

でみると総じて性機能は改善されており、ほとんどの患者において術前に性機能を妨げていた骨盤底の症状は腹式仙骨固定術の術後に改善されると報告している。Constantiniらは腹式手法で子宮を摘出した例としなかった例を比較して、子宮を温存する手術で性機能は大きく改善されたといっている(表6)²²⁾。

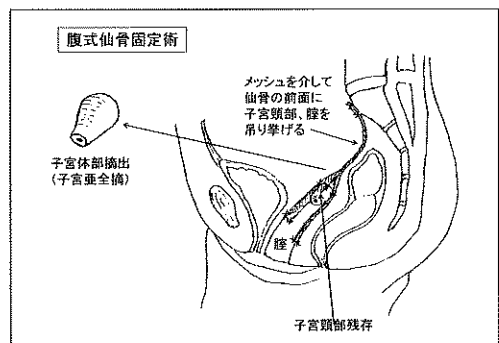


図 18

表6 Pre- and post-operative FSFI scores subdivided according to surgery

子宮摘出と温存例の術前と術後1年				
	Surgical intervention	Pre-operatively	Post-operatively	p
Desire ^a	HSP	p 2.4 (1.2-4.6)	3.9 (1.2-6.0)	0.001*
	HY + CSP	2.4 (1.2-5.4)	3.0 (1.2-6.0)	0.014
Arousal ^b	HSP	p 2.7 (0.0-5.7)	4.1 (0.0-6.0)	0.001**
	HY + CSP	2.6 (0.0-5.4)	3.6 (0.0-5.7)	0.004**
Lubrication ^b	HSP	p 2.7 (0.0-6.0)	3.6 (0.0-6.0)	0.100**
	HY + CSP	3.2 (0.0-6.0)	3.6 (1.8-5.7)	0.071**
Orgasm ^b	HSP	p 3.6 (0.0-6.0)	4.4 (0.0-6.0)	0.034**
	HY + CSP	2.8 (0.0-6.0)	4.0 (1.2-5.2)	0.006**
Satisfaction ^b	HSP	p 4.0 (0.8-6.0)	3.8 (0.8-6.0)	0.384**
	HY + CSP	3.6 (0.0-6.0)	3.6 (0.8-6.0)	0.111**
Pain ^b	HSP	p 3.2 (0.0-6.0)	4.0 (0.0-6.0)	0.057**
	HY + CSP	3.0 (0.0-6.4)	3.8 (0.0-6.0)	0.117**
Total	HSP	p 19.1 (1.5-33.7)	24.3 (2.0-34.8)	0.006**
	HY + CSP	19.4 (1.5-33.2)	22.4 (10.1-30.0)	0.010**
		0.610*	0.060*	

Data are expressed as median (minimum to maximum)
^aMann-Whitney test
^{**}Wilcoxon signed rank test
^aScore range 1-5
^bScore range 0-5

Costantini E, et al. Int Urogynecol J 2013;24:1484

後脛壁形成術 (図19)：従来、後脛壁形成術は性交痛をもたらし、性機能を損ねるといのが一般的にいわれているがTunuguntla/Gousse¹¹⁾, Porterら²³⁾は後脛壁形成術は性機能に悪影響は及ぼさないとし(表7), 事実、性活動の回復を助け、QOLと日々の生活の社会面を改善するとしている。またHaase/Skibsted²⁴⁾は拳筋縫合を行わなければ、defect-

specificな後脛壁形成術は性機能を改善し得るといっている。

以上、各術式の報告者は異なるが、全体的な印象としては術後の性機能の改善は解剖学的、形態的改善による本人およびパートナーの心理的改善が主体のようである。一方、本人の性的快感や満足度は解剖学的改善の有無とは無関係のようであるが、子宮の温存は好影響があるようだ。

これらの結果から見てきたPOPとその手術に関する性機能の問題点のうち、POPの解剖学的異常による問題—性交中のトラブル(尿失禁など)、本人の性交回避—は改善されるが、本人の性感の問題—性欲、オルガスムなど—には変化がみられないということである。注目すべきは、パートナー関連の問題である。POP患者のパートナーでは勃起や射精機能の低下がみられ、パートナー

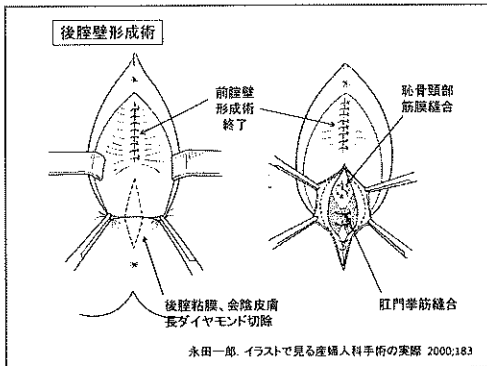


図19

表7 Sexual symptoms and conditions before and after defect specific rectocele repair

膣壁形成術				
	No/Total No. (%)			
	Preop	Postop	Improvement/Cure	p Value
Sexually active	39/72 (54)	40/72 (55)	Not applicable	1.0000
Sexual impotence	39/39 (100)	39/39 (100)	4/39 (10)	1.0000
Sexual satisfaction	47/39 (95)	57/39 (95)	13/37 (35)	0.5235
Dyspareunia	26/39 (67)	18/39 (46)	19/26 (73)	0.6357
Vaginal dryness	27/39 (69)	29/39 (74)	9/27 (33)	0.5034
Sexual desire	33/39 (85)	34/39 (87)	8/33 (24)	0.6072
Orgasm	35/39 (85)	33/39 (85)	12/35 (34)	0.3593
Coital frequency	33/39 (85)	33/39 (85)	9/35 (18)	1.0000

Porter WE, et al. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1353

サイドが術後の修復部位の損傷を気にして性交を過度に回避するという傾向もみられるという²⁵⁾。

そこで術前術後のパートナーを含めたカウンセリングが非常に重要になってくる²⁰⁾。

POP手術前後におけるカウンセリング

カウンセリングは本人はもとよりパートナーに対しても十分に行う必要がある。パートナーにはPOPの術後に性機能が変化することがあり、性機能が損傷する可能性もあることを説明し、創部の治癒経過や性機能の変化の見通しを十分に指導する²²⁾²⁶⁾。

まとめ

以上述べてきたことをまとめると以下のようなになる。

1. 高齢化社会ではPOPは増加の一途を辿っている。
2. POP術後のQOLの向上には性機能の回復が重要となる。
3. 性機能の良否を測定するには国際的な質問票の使用が必要になる。
4. 手術に際しては、a：性機能に関連する部位の損傷に留意する、b：子宮や膣の可及的温存を考慮する、c：膣の解剖学

的正常化をこころがける。

5. 性機能の術後の変化の正しい理解はパートナーにも必要であり、両者に対するカウンセリングの体制作りが望まれる。

性機能の温存を考慮した上で、再発の少ない、普遍的なPOPの術式が開発されることを期待している。

(本稿は平成27年10月11日、第35回性科学会(浦和)における教育講演の内容である。)

文 献

- 1) Lensen EJM, Withagen MLJ, Kluivers KB. Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment. Int Urogynecol J 2013; 24: 1593-1602.
- 2) Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. A 25-year experience with 519 anterior colporrhaphy procedures. Obstet Gynecol 1991; 78: 1011-1018.
- 3) Jha S, Gray T. A systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. Int Urogynecol J 2015; 26: 321-327.
- 4) Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD,

- Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J* 2006; 17: 576-580.
- 5) Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, Pham T, Nguyen A, Hoskey K, Kenton K; Fellow's Pelvic Research Network. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med.* 2010; 7: 1023-1028.
 - 6) Kegel AH. The nonsurgical treatment of genital relaxation; use of the perineometer as an aid in restoring anatomic and functional structure. *Ann West Med Surg* 1948; 2: 213-216.
 - 7) Braekken IH, Majida M, Ellstrom Engh M, Bo K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med* 2015; 12: 470-480.
 - 8) Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2003; 14: 122-127.
 - 9) Rezaee RL, Kingsberg SA. Female sexual function and dysfunction: assessment and treatment. In Walters MD, Karram MM eds. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. 4th ed. Elsevier Saunders, Philadelphia 2015; (a)p82, (b)p89.
 - 10) イエルト・ドレンド (著), 塩崎香織 (訳). ヴァギナの文化史. 作品社, 東京 2005; (a) p99, (b)p75, (c)p117, (d)p101.
 - 11) Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *J Urol.* 2006; 175: 439-446.
 - 12) Holly RL, Vamer RE, Gleason BP, Apffel LA, Scott S. Sexual function after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *J Reprod Med* 1996; 41: 355-358.
 - 13) Helstroem L, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 79-84.
 - 14) Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 552-558.
 - 15) Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2003; 14: 164-168.
 - 16) Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thaker R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN, Parekh M, Ridgeway B, Jha S, Pitkin J, Reid F, Sutherland SE, Lukacz ES, Domoney C, Sand P, Davila GW, Pons MEE. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1091-1103.
 - 17) 巴にかる, 井上 雅, 木元康介, 高梁 悟, 永尾光一, 本間之夫, 小林美亜, 池田俊也. 骨盤臓器脱, 尿失禁, 便失禁を伴う

- 女性の性機能質票 (PISQ-IR) の日本語版作成と言語学的妥当性の検討. 日泌尿会誌2014; 105(3): 102-111.
- 18) Tok EC, Yasa O, Ertunc D, Savas A, Durukan H, Kanik A. The effect of pelvic organ prolapse on sexual function in a general cohort of women. *J Sex Med* 2010; 7: 3957-3962.
 - 19) Roos AM, Thakar R, Sultan AH, de Leeuw JW, Paulus AT. The impact of pelvic floor surgery on female sexual function: a mixed quantitative and qualitative study. *BJOG* 2014; 12: 92-100.
 - 20) Altman D, Elmer C, Kiilholma P, Kinne I, Tegerstedt G, Falconer C; Nordic Transvaginal Mesh Group. Sexual dysfunction after trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009; 113: 127-133.
 - 21) Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, Janz NK, Richter HE, Wren PA, Brown MB, Weber AM; Pelvic Floor Disorders Network. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 629. e1-6.
 - 22) Constantini E, Porena M. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1481-1487.
 - 23) Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karam MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1343-1359.
 - 24) Haase P, Skibsted L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 659-661.
 - 25) Glavind K, Larsen T, Lindquist AS. Sexual function in women before and after surgery for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 80-85.
 - 26) Celik DB, Kizilaya Benji N, Yalcin O. Sexual function in women after urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse surgery. *J Clin Nurs* 2013; 23: 2637-2648.

原 著

成人Female to Maleにおける周りからのソーシャルサポートと ストレス反応, QOL, 機能障害の関連

北海道医療大学大学院心理科学研究科¹⁾

北海道文教大学作業療法学科²⁾

はりまメンタルクリニック³⁾

札幌医科大学神経精神医学講座⁴⁾

北海道医療大学心理科学部⁵⁾

医療法人重仁会 大谷地病院⁶⁾

安藤 孟梓^{1), 6)}, 池田 官司^{2), 4)}, 針間 克己³⁾

橋本 恵理⁴⁾, 齋藤 利和⁴⁾, 坂野 雄二⁵⁾

中野 倫仁^{4), 5)}

Relationship between social support and stress response, QOL, functional impairment among adult Female To Male GID persons.

Graduate school of psychological science, Health sciences university of Hokkaido¹⁾

Department of Occupational Therapy, Faculty of Human Sciences, Hokkaido Bunkyo²⁾

Harima Mental Clinic³⁾

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Sapporo Medical University⁴⁾

School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido⁵⁾

Ohyachi Hospital⁶⁾

ANDO Takeshi^{1), 6)}, IKEDA Hiroshi^{2), 4)}, HARIMA Katsuki³⁾

HASHIMOTO Eri⁴⁾, SAITO Toshikazu⁴⁾, SAKANO Yuji⁵⁾

NAKANO Norihito^{4), 5)}

和文抄録

本研究の目的は、成人のFemale To Male (FTM) 75名を対象に、ソーシャルサポートとストレス反応, QOL, 機能障害との関連を検討することであった。質問紙調査を行って分析した結果、何らかの身体的手術を行った群は、ストレス反応, QOL, 機能障害が良好であった。また、治療方法を統制してもソーシャルサポートはストレス反応, QOL, 機能障害の下位尺度と相関関係に

あることが示された。一方で主観的パッセージとの関連は限定的であった。次に、家族の中でカミングアウトをもっとも多く受けていたのは母親(86.77%)であり、カミングアウトの結果、家族の中で理解が得られた割合がもっとも高かったのは兄弟・姉妹(90.02%)であった。友人にカミングアウトをした結果、理解が得られた割合は93.22%であった。本研究の結果から、家族や友人からのソーシャルサポートがストレス反応、QOL、機能障害に関連していることが明らかになった。今後は対象をMTFや未成年のGID当事者に広げて検討していく必要がある。

Abstract

The purpose of this research using questionnaires was to examine relationships between social support, stress response, QOL, functional impairment among 75 adult Female To Male (FTM) GID persons. ANOVA showed that the scores of some subscales significantly differed across the treatments conditions. Furthermore there were significant correlations between social support, stress response, QOL, and functional impairment with partial correlation controlling treatments conditions although a few correlations between subjective passing value and two subscales. Secondly, mother received their come-out most frequently (86.77%). On the other hand, brothers or sisters were more likely to express understanding come-out than other family members (90.02%). These results implied that social support might improve stress response, additionally QOL and functional impairment resulted from mental health problems. We need to expand subjects to adult Male To Female or adolescent GIDs.

Keywords: Gender Identity Disorder, Gender Dysphoria, Female To Male, Social Support

I 緒言

Gender Identity Disorder(以下GID)は、DSM-5¹⁾でGender Dysphoriaに名称が変更され、性別違和感によって生活に障害が引き起こされる疾患である。身体的には男性であるが性自認は女性である場合をMale To Female(以下MTF)、身体的に女性であるが性自認は男性である場合をFemale To Male(以下FTM)と分けている。成人のGID当事者はメンタルヘルスやQOL、社会機能の低下といった様々な問題を抱えていることが多くの先行研究で報告されている^{2), 3)}。しかし、GID当事者のメンタルヘルスやディストレスを説

明しようする研究は少ないことが指摘されており⁴⁾、QOLや機能障害と関連する要因は明らかになっていない。GID当事者のメンタルヘルスやQOL、機能障害に関連する要因を明らかにすることは、心理社会的支援を行うために必要と考えられる。

GID当事者のメンタルヘルスやQOL、機能障害に関連する可能性が考えられる要因として、家族や友人からの理解やサポートが挙げられる。ソーシャルサポートは社会環境や個人を取り囲む人々によって特徴づけられる様々な現象とされ、環境の中で様々な人から得られる支援方法・内容を含んだ概念で

ある⁵⁾。先行研究⁶⁾では、GID当事者がソーシャルサポートの必要性と満足感を感じていると、抑うつ症状と不安が低くなることが報告されている。また、ソーシャルサポートはメンタルヘルスだけではなく、QOLと機能障害にも関連することが他の疾患で指摘されており、ソーシャルサポートが機能障害を低減し、QOLを改善する可能性が示されている^{7), 8)}。

しかし、GID当事者のソーシャルサポートの研究は、抑うつや不安といったメンタルヘルスとの関連の検討に集中しており、QOLや機能障害との関連は検討されていない。そこで、わが国でMTFより受診者数が多いとされるFTMを対象に、友人や家族からのソーシャルサポートとストレス反応、QOL、機能障害との関連を検討する。

II 方法

1. 調査協力者

首都圏の精神科外来1施設、地方都市部の精神科外来1施設のいずれかに通院し、精神科医によってGID、もしくは性転換症と診断されている、または性別違和感を主訴としているFTM75名であった。

2. 調査材料

① フェイスシート

年齢、性別違和感を自覚し始めた年齢、今までに受けた治療方法、カミングアウトを誰にしているか、GIDについて家族の誰から理解を得ているか、教育年数、就職状況の7つについて回答を求めた。

② Duke Social Support Index 日本語版⁹⁾

ソーシャルネットワーク9項目、社会交流サブスケール1項目、ソーシャルサポート15項目を用いて多面的に支援内容を測定することが可能な尺度である。ソーシャルサポートについては「情緒的支援」、「手段的支援」、「認識評価的支援」の3下位尺度から構成され、十分な信頼性と妥当性が確認されている⁹⁾。本研究では、ソーシャルサポートの内容と各変数との関連をみるため、ソーシャルネットワーク、社会交流サブスケールを除外した。また、「手段的支援」は家事をしてくれる、食事を作ってくれる、家の周りの片づけをしてもらえるといった生活する上での介護内容のため、不適切と判断して除外した。最終的に「情緒的支援」と「認識評価支援」の9項目のみを使用した。

③ Stress Response Scale-18¹⁰⁾

「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」の3つの下位尺度からなる心理的ストレス反応を測定する自記式の尺度である。18項目で構成され、それぞれの質問項目に対して4件法(0:全くちがう～3:その通りだ)で回答を求めた。高い信頼性と妥当性が確認されており、一般成人群から臨床群まで幅広く用いることが可能である¹⁰⁾。

④ SF-36v2 日本語版¹¹⁾

健康関連QOLを測定する自記式の尺度であり、「身体機能」、「日常役割機能(身体)」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」、「健康推移」の9つの下位尺度、36項目で構成される。本研究では「健康推移」を除いた8つ

の下位尺度を使用した。QOLを測定する方法として世界的に使用されている質問紙であり、十分な信頼性と妥当性が示されている。

⑤ 性別違和感による機能障害

機能障害を測定するために、「仕事・学業・家事」、「人付き合いや余暇の過ごし方」、「家庭内のコミュニケーション」の3領域について、1カ月の間に性別違和感によりどの程度支障を感じたか、0(全く支障がなかった)から100(非常に支障があった)で回答を求めた。

⑥ 主観的なパス度

周りから男性として見られる、男性として通用していると感じているかどうか、主観的なパス度を測定するために、どの程度男性としてパスしていると思うかについて0(全くしていない)から100(非常にしている)で回答を求めた。

3. 手続き

調査期間は、2012年12月1日～2013年7月31日であった。首都圏の施設では、外来診察後に調査協力の依頼し、研究の目的、内容、倫理的配慮を説明する書類一式を入れた封筒を手渡した。封筒は持ち帰ってもらい、同意が得られた方にのみ無記名で回答してもらう方法を用いた。地方都市部の精神科外来では、外来診察後に研究の目的、内容、倫理的配慮を書面で説明し、同意が得られた場合に書類一式が入った封筒を持ち帰ってもらう方法を用いた。質問紙の回収は、回答後に投函してもらう郵送法を用いた。回答期日は手渡してから1カ月以内とした。

4. 統計解析

統計解析にはSPSS21.0, multiple imputationにはmissing value 21.0を用いた。各分析で必要な情報が揃っている調査協力者全員を分析の対象とした。調査材料③の項目の欠損値、調査材料④の下位因子得点について、データセットを20セット作成し、統合した12)。解析に使用した全変数を回帰モデルに含め、欠損値の見られたSRS-18の項目およびSF-36下位因子の欠損値を予測した。なお、欠損値が見られたケースは、SRS-18が1(1.33%)、SF-36の下位因子が8(10.67%)であった。

5. 倫理的配慮

研究の実施の際には、本研究の目的、意義、方法、個人情報取り扱い、研究参加に関する内容について書類を用いて説明を行い、同意が得られた方にのみ回答していただいた。本研究は北海道医療大学および札幌医科大学の倫理委員会の承認を得てから行った。

Ⅲ 結 果

1. 調査協力者の属性

本調査協力者の平均年齢は 27.35 ± 6.22 歳、範囲は2歳から44歳であった。性別違和を感じ始めた年齢の平均は 8.10 ± 4.59 歳、範囲は3歳から20歳であった。また、教育年数の平均年数は 14.54 ± 3.16 年、9年から21年の範囲をとっていた。各尺度の平均と標準偏差は表1のとおりである。

治療方法は、精神科に通院している者が31名(41.34%)、ホルモン療法が16名(21.34%)、何らかの身体的手術を実施済みが26名(34.47%)、不明が2名(2.67%)であった。何らかの身体的手術を実施済みの中で

表1 調査協力者の記述統計量

		平均 (SD)			p
		精神科 (N=31)	ホルモン療法 (N=16)	身体的手術 (N=26)	
DSSI	合計	30.52 (8.38)	28.86 (8.76)	32.96 (7.78)	n.s.
	情緒的支援	20.32 (5.47)	18.63 (5.56)	21.96 (5.34)	n.s.
	認識評価的支援	10.19 (3.26)	10.25 (3.60)	11.00 (3.10)	n.s.
SRS-18	合計	19.00 (11.95)	18.61 (12.85)	11.23 (13.18)	n.s.
	抑うつ・不安	6.19 (4.45)	6.06 (4.09)	3.12 (4.30)	<.05
	不機嫌・怒り	6.00 (5.18)	5.63 (4.69)	4.04 (4.30)	n.s.
	無気力	6.88 (4.65)	6.88 (5.26)	4.08 (4.35)	n.s.
SF-36	身体機能	54.25 (6.39)	56.90 (1.61)	56.28 (3.40)	n.s.
	日常役割機能 (身体)	47.80 (9.40)	48.86 (9.73)	49.96 (10.73)	n.s.
	体の痛み	48.89 (11.38)	50.26 (11.42)	49.47 (12.21)	n.s.
	全体的健康感	47.08 (12.40)a	52.55 (7.75)	55.11 (9.85)a	<.05
	活力	42.58 (12.58)	45.01 (12.07)	50.18 (10.33)	n.s.
	社会生活機能	40.80 (13.50)	42.51 (16.04)	47.36 (10.54)	n.s.
	日常役割機能 (精神)	41.54 (12.76)a	46.72 (10.48)	50.32 (9.80)a	<.05
	心の健康	40.14 (13.47)a	42.43 (10.70)	49.16 (10.38)a	<.05
	支障度	48.08 (27.72)ab	51.73 (28.66)a	27.77 (35.20)b	<.01
	人付き合いや余暇の過ごし方	43.75 (31.85)ab	42.02 (30.73)a	20.96 (31.15)b	<.05
主観的パズ度	家庭内のコミュニケーション	45.85 (31.64)a	40.44 (33.79)	11.68 (22.63)a	<.01
		50.48 (24.77)ab	75.33 (17.94)a	79.13 (29.56)b	<.01

Note. DSSI: Duke Social Support Index, SRS-18: Stress Response Scale-18

a,b: 同アルファベット間で $p < .05$

SRSは19名 (25.33 %), 乳房切除のみが7名 (9.33 %) であり, そのうち3名がホルモン療法を受けずに乳房切除術を行っていた。

また, 就職状況については, 75名のうち正規雇用者が29名 (38.67 %), 非正規雇用者が29名 (38.67 %), 学生が8名 (10.66 %), 休職・無職が5名 (6.67 %), その他が4名 (5.33 %) であった。非正規雇用者の内わけは, パート・アルバイト22名 (75.86 %), 派遣・契約職員が7名 (24.14 %) であった。

2. 家族と友人へのカミングアウト

カミングアウトを家族にしている者は75

名のうち72名, 友人にしている者は66名であった。家族の誰にカミングアウトを行ったか, 正確に記載があった68名を対象に人数と割合を算出したところ, 父親が43名 (63.24 %), 母親が59名 (86.77 %), 兄弟・姉妹が46名 (67.65 %), 祖父母が7名 (10.29 %), 親戚が8名 (11.77 %) であった。母親へカミングアウトを行う割合がもっとも高かった。

次に, 家族にカミングアウトを行った結果, 家族の中で少なくとも1人の理解が得られている数は72名中64名 (88.88 %), 友人にカミングアウトを行った結果, 少なくとも1人の理解が得られている数は, 66名中

63名(95.46%)であった。また、家族の誰にカミングアウトを行い、誰から理解が得られているかについて、正確に記載があった61名を対象に、理解が得られた家族の人数と割合を算出した。その結果、母親が53名中42名(79.24%)、兄弟・姉妹が41名中37名(90.02%)、父親が37名中25名(67.56%)、親戚が8名中6名(75.00%)、祖父母が7名中7名(100.00%)であった。

3. 治療方法別の比較

治療方法ごとにストレス反応、QOL、機能障害、ソーシャルサポート、主観的パス度が異なるか検討するために、精神科に通院している群(精神科群)、ホルモン療法のみ実施済みの群(ホルモン療法群)、ホルモン療法および何らかの身体的手術を実施済みの群(身体的手術群)の3群に分け、SRS-18、SF-36、機能障害を従属変数とした1要因の分散分析を行った(表1)。なお、ホルモン療法を行わずに身体的手術を行った3名は、身体的手術群に含めた。分析の結果、SRS-18の下位尺度のうち抑うつ・不安($F(2, 70)=4.13, p<.05$)、SF-36の下位尺度のうち、全体的健康感($F(2, 69)=4.21, p<.05$)、日常役割機能(精神)($F(2, 69)=4.23, p<.05$)、心の健康($F(2, 69)=4.17, p<.05$)、機能障害のうち、仕事・学業・家事($F(2, 70)=4.17, p<.01$)、人付き合いや余暇の過ごし方($F(2, 70)=4.21, p<.05$)、家庭内のコミュニケーション($F(2, 70)=10.39, p<.01$)において群の主効果が有意であった。次にTurkey-Kramerによる多重比較を行ったところ、SRS-18下位尺度の抑うつ・不安では精神科群よりも身体的手術群の方が低く、SF-36

も身体的手術群の方が高かった。機能障害については、仕事・学業・家事と家庭内のコミュニケーションにおいて、精神科群とホルモン療法群より身体的手術群の方が低かった。人付き合いや余暇の過ごし方は、精神科群よりも身体的手術群の方が低かった。

また、ソーシャルサポートには群間差が見られなかったが、主観的パス度は精神科群よりホルモン療法群、身体的手術群の方が高かった。

以上の結果から、どの治療を受けたかによってストレス反応、QOL、機能障害、主観的パス度が異なることが明らかになった。

4. ソーシャルサポート、主観的パス度とストレス反応・QOL・機能障害の関連

周りからのソーシャルサポート、主観的パス度とストレス反応、QOL、機能障害の関連を検討するために、治療方法についてダミー変数を作成して統制変数とした偏相関分析を行った(表2, 3, 4)。分析の結果、DSSI-J合計点、全下位尺度とSRS-18の合計点、全下位尺度に有意な負の相関関係が見られた。また、DSSI-J合計点、下位尺度の情緒的支援と機能障害のうち人付き合いや余暇の過ごし方にも有意な負の相関関係が認め

表2 治療方法について統制したソーシャルサポート、主観的パス度とストレス反応の偏相関係数

	DSSI			主観的パス度
	合計	情緒的支援	認識評価的支援	
SRS-18合計	-.49**	-.48**	-.43**	-.23
抑うつ・不安	-.41**	-.41**	-.36**	-.32**
不機嫌・怒り	-.43**	-.40**	-.40**	-.12
無気力	-.46**	-.48**	-.37**	-.19

**: $p<.01$

られた。QOLに関しては、DSSI-Jの合計点、全下位尺度とSF-36のうち活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)、心の健康、に有意な正の相関関係が見られた。また、DSSI-J下位尺度の情緒的支援とSF-36下位尺度の体の痛み、認識的評価支援と全体的健康感の間に有意な正の相関関係が認められた。一方で、主観的パス度は、SRS-18下位尺度の抑うつ・不安、SF-36下位尺度の日常役割機能(精神)のみと有意な相関関係が見られた。

表3 治療方法について統制したソーシャルサポート、主観的パス度とストレス反応の偏相関係数

(N=73)

	DSSI			主観的 パス度
	合計	情緒的 支援	認識評価 的支援	
SF36 身体機能	-.06	-.05	-.06	.07
日常役割機能 (身体)	.14	.11	.16	.09
体の痛み	.18	.24*	.05	-.05
全体的健康感	.17	.11	.25	.11
活力	.50**	.45**	.50**	.20
社会生活機能	.37**	.33**	.38**	.04
日常役割機能 (精神)	.33**	.30*	.34**	.23*
心の健康	.35**	.32**	.33**	.15

*: $p < .05$, **: $p < .01$

表4 治療方法について統制したソーシャルサポート、主観的パス度と機能障害の偏相関係数(N=73)

	DSSI			主観的 パス度
	合計	情緒的 支援	認識評価 的支援	
仕事・学業・家事	-.16	-.18	-.10	-.08
人付き合いや余暇の 過ごし方	-.27*	-.28*	-.22	-.11
家庭内のコミュニ ケーション	-.16	-.19	-.07	-.04

*: $p < .05$

IV 考 察

1. 性別違和感・ソーシャルサポートとストレス反応・QOL・機能障害の関連

本研究の目的は、友人や家族からのソーシャルサポートが、成人GID当事者のFTMのストレス反応、QOL、機能障害とどのように関連しているかを検討することであった。本研究の結果から、成人のFTMにおいては、治療方法による影響が見られるとともに、治療方法を統制しても、周りからのソーシャルサポートとストレス反応、QOL、機能障害が関連していることが明らかになった。

どの治療を受けたかによって、抑うつ・不安、QOL、生活支障度が異なっており、ホルモン療法および身体的手術における治療効果の有効性を示す先行研究¹³⁾と一致していた。主観的パス度においても、ホルモン療法、身体的手術を受けることで、精神科に通院している場合より高く見積もるようになっていた。その一方で、周りからのソーシャルサポートの量に群間差が見られなかった。

ストレス反応に関しては、家族や友人と信頼から関係が形成されており、周りからのサポートを得られている場合は、抑うつ気分や無気力感、不安、易怒性も低い状態であることが示された。また、QOLについては家族や友人と信頼関係が形成されており、周りからサポートを得られている場合には、心理的な理由による友人や家族などとの対人関係の問題、仕事や学業、ふだんの活動といった社会生活上の問題を感じていない状態であることが示された。さらに、メンタルヘルスも良好で、疲れを感じにくい状態になっていることも明らかになった。因果関係は明らかではないが、ソーシャルサポートの量が多い

ことと心理的側面の安定、心理的側面を理由とするQOLの状態が関連していることを示している。

同様に、GID当事者自身の主観的パス度とストレス反応およびQOLの各下位尺度の1つに関連が見られたことから、主観的パス度が高い場合には抑うつや不安が低くなっている、または抑うつや不安が高いために主観的パス度の評価が低くなっていることが考えられる。さらに、QOLと主観的パス度の間に相関関係が確認された下位尺度は、気分の影響による生活上の問題を表した内容であることを考慮すると、主観的パス度と抑うつや不安の相関関係の結果として見られた可能性が考えられる。

抑うつや不安が低い場合には、気分の影響による生活上の問題を感じておらず、余暇の過ごし方といった対人関係的側面の問題も少なくなっている状態であり、先行研究⁷⁾と一致した結果であった。また、対人関係的側面の機能障害に関しては、治療方法別の比較では有意差が見られず、周りから理解が得られているかどうかに関連している可能性が示された。身体的手術は効果的な治療法だが、サポート源があるかどうかをアセスメントし、当事者グループの紹介やGID当事者の周りの人に対する説明を行い、理解を促すことも必要と考えられる。一方で、仕事・学業・家事および家庭内のコミュニケーションに関する機能障害は、ソーシャルサポートとの間に関連は見られず、身体的手術を受けた群のみが低くなっていた。この結果は、身体的手術によって性別違和感そのものが低減した結果であると考えられる。

2. 調査協力者の特徴について

本研究の調査協力者は低年齢からすでに性別違和を感じていた。また、教育年数の平均から高校卒業から大学、専門学校卒業の割合が多いことが示唆された。

就職状況については、約3割は正規雇用で働いているものの、約4割が非正規雇用形態で働いていた。厚生労働省によれば¹⁴⁾、男性の就業形態は全体の79.7%が正社員、13.8%がパートタイム労働者と報告されているが、本研究のFTMのパートタイム・アルバイト労働者は全体の30%程度であった。FTMの非正規雇用形態が多い理由として、ジェンダーによる就職差別の問題が挙げられる¹⁵⁾。FTMの経済状況を検討した先行研究では、経済状況は性別移行前のジェンダーが影響しており、MTFよりFTMの方が低取得者が多く、非GID当事者の男女間経済格差が同様に見られることが指摘されている¹⁵⁾。このことから、GID当事者が望む性別として就職することが出来ないため、女性として就職している場合や性別移行に伴う退職を前提とした女性としての一時的な雇用状態であることが推測される。

3. 周りへのカミングアウトについて

家族の中で母親がもっともカミングアウトを多く受けている点や父親より母親の方が理解を示す割合が高いことが明らかになった。一般的に男性より女性の方がセクシャル・マイノリティを受け入れる傾向が高いため¹⁶⁾、カミングアウト後に受け入れてくれそうな母親に最初にカミングアウトを行っている可能性が考えられる。しかし、本研究では家族構成に関する正確な情報を得

られておらず、海外の先行研究¹⁷⁾でGIDの子どもは離婚や別居によって母親のみと暮らしている割合が48%という報告もされていることから、母親とは暮らしているが、父親とは連絡をとっていない家庭環境の割合が高い可能性も考えられる。

一方、兄弟・姉妹は比較的理解を示す傾向が高い¹⁸⁾と報告されているように、本研究において、家族の中で理解を示す割合が高かった。兄弟・姉妹は積極的に干渉しない場合もあり¹⁸⁾、ポジティブではないが少なくともネガティブな対応をしない傾向が考えられる。

4. 限界点

本研究の限界点として、調査協力者が成人のFTMのみであるため、成人のMTFや未成年のGID当事者に同様の結果が見られるかどうかは不明なことが挙げられる。FTMよりMTFの方がメンタルヘルス、QOL、機能障害に問題が見られることや子どものころからの医学的、心理社会的支援が重要であることから、対象を広げて検討していく必要がある。

次に、ストレスを測定していない点が挙げられる。ジェンダーに関連したストレスが、一般的なストレスよりC反応性蛋白を増加させ、夜間の血圧低下が起きにくいことが報告されている¹⁹⁾ように、GID当事者が経験するストレスの測定が必要である。

また、本研究では家族や友人からのソーシャルサポートとストレス反応、QOL、機能障害の関連は相関関係のみの検討に留めている。今後、因果関係を検討する解析や研

究デザインを用いることで、ソーシャルサポートがストレス反応、QOL、機能障害にどのような作用を及ぼしているのか検討していく必要があるだろう。

最後に、本研究では家族にカミングアウトしている割合が75人中72人という高い割合であったことから、研究協力者にバイアスが掛かっている可能性が考えられる。カミングアウトに成功し、ソーシャルサポートが得られている研究協力者が回答したケースが多いため、ソーシャルサポートと治療方法に関連が見られなかった可能性も考慮する必要がある。カミングアウトはGID当事者に必要な行為と考えられるが、リスクが伴うストレスフルな行為である。今後、家族へのカミングアウトに関する他の複数の研究結果と照らし合わせて、本研究の結果を考察する必要がある。

V 結 論

家族や友人からのソーシャルサポートは、成人のFTMのメンタルヘルス、QOL、機能障害と関連している可能性が明らかになった。サポート源をアセスメントするとともに、家族から得られていない場合には家族に知識を持ってもらうことが必要になる可能性がある。一方で、家族や友人からサポートを得るためには、カミングアウトが必要な過程であり、カミングアウトによって周りが負担を感じることが推測される。GID当事者本人に限定せず、家族全体を対象とした家族面接や家族のケアにも注意を払った対応が望まれる。

謝 辞

本論文の作成にあたり、多大なご協力を賜りました札幌医科大学の館農勝先生、佐々木竜二先生に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013.
- 2) De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, et al: Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies* 15: 126-133, 2006.
- 3) Newfield E, Hart S, Dibble S, et al: Female-to-male transgender quality of life. *Qual of Life Res* 15: 1447-1457, 2006
- 4) Budge S L, Adelson J L, Howard K A S: Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol* 81: 545-557, 2013.
- 5) Helgeson V S: Social support and quality of life. *Qual of Life Res* 12: 25-31, 2003.
- 6) Nemoto T, Bödeker B, Iwamoto M: Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among Male-to-Female transgender women with a history of sex work. *Am J Public Health* 101: 1980-1988, 2011.
- 7) Feng D, Ji L, Xu L: The influence of social support, lifestyle and functional disability on psychological distress in rural China: Structural equation modeling. *Aust J Rural Health* 21: 13-19, 2013.
- 8) Rao D, Chen W T, Pearson C R, et al: Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *Int j STD AIDS* 23: 481-484, 2012.
- 9) 岩瀬信夫・池田貴子: Duke Social Support Index 日本語版 (DSSI-J) の開発: 愛知県立看護大学紀要 14: 19-27, 2008.
- 10) 福原俊一・鈴鴨よしみ: SF-36v2 日本語版マニュアル 健康関連 QOL 尺度. NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2009.
- 11) 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正江他: 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討: 行動医学研究 4: 22-29, 1998.
- 12) Enders C K: The imputation phase of multiple imputation. Enders C K: Applied missing data analysis. The Guilford Press, New York, pp187-216, 2010.
- 13) Murad M H, Elamin M B, Garcia M Z, et al: Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol* 72: 214-231, 2010.
- 14) 厚生労働省 ホームページ: 労働統計要覧 就業形態・性別労働者割合: http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyr_c_4.html
- 15) 松島淑恵: 性別違和を持つ人々の実態調査—経済状況, 人間関係, 精神的問題について—: 人間科学研究 34: 185-208,

- 2013.
- 16) 石丸径一郎：同性愛者における他者からの拒絶と受容　ダイアリー法と質問紙によるマルチメソッド・アプローチ. ミネルヴァ書房, 東京, 2008.
- 17) Rekers G A, Swihart J J: The association of gender identity disorder with parental separation. *Psychol Rep* 65: 1272-1274, 1989.
- 18) 針間克己：性同一性障害者の家族への面接：精神療法 37:51-53, 2011.
- 19) Zachary D L: Associations between transition-specific stress experience, nocturnal decline in ambulatory blood pressure, and C-Reactive protein levels among transgender men. *Am J Hum Biol* 24: 52-61, 2012.

原 著

日本人男性7,710人における勃起硬度と性行動に 関するインターネット調査

帝京大学医学部附属病院 泌尿器科¹⁾

東邦大学大森病院 泌尿器科 リプロダクションセンター²⁾

順天堂大学大学院医学研究科 泌尿器外科学³⁾

木村 将貴¹⁾, 永尾 光一²⁾, 白井 雅人³⁾

井手 久満¹⁾, 武藤 智¹⁾, 山口 雷蔵¹⁾

堀江 重郎³⁾

A Web-Based Survey of Erection Hardness and Sexual Behavior in 7,710 Japanese Men

Department of Urology, School of Medicine, Teikyo University, Tokyo, Japan¹⁾

Department of Urology, School of Medicine, Toho University, Tokyo, Japan²⁾

Department of Urology, Graduate School of Medicine,
Juntendo University, Tokyo, Japan³⁾

KIMURA Masaki¹⁾, NAGAO Koichi²⁾, SHIRAI Masato³⁾

IDE Hisamitsu¹⁾, MUTO Satoru¹⁾, YAMAGUCHI Raizo¹⁾

HORIE Shigeo³⁾

和文抄録

勃起の硬さは男性の性生活の質を左右する重要な因子の一つであり、これはErection Hardness Score (EHS) にて簡易に測定できる。しかしながら、日本人男性の勃起硬度と加齢、性行動、性的自信、勃起硬度低下の危険因子などは十分に解析されておらず、殆ど知られていない。本研究ではEHSのほかに、生活習慣、合併症などの全身的な健康度、性的自信、性行動の頻度を日本全国で行ったインターネットによる横断的調査により明らかにすることを目的とした。全7,710名の参加者の平均年齢は39.3±13.0歳であった。そのうち、1,182名(15.3%)でPDE5阻害薬の使用経験を認めた。またEDであると考えられるEHS2以下の割合は1,196名(18.3%)であった。EHSと性行動に関しては、EHSと性行為に正の相関を認め、勃起硬度が高いほど性行為回数が増加することが判明した($r = 0.17$, $P < 0.001$)。年齢調整を行った多変量解析の結果、EHS2以下の

危険因子は、1日に2箱以上喫煙するヘビースモーカー (オッズ比1.7)、メタボリック症候群 (オッズ比1.4)、糖尿病 (オッズ比1.4)、高血圧 (オッズ比1.2) であった。

Abstract

Erection hardness is an elemental component of men's sexual quality of life that can be easily measured by the Erection Hardness Score (EHS). However, there are few published data regarding EHS, and there is little understanding of its relationships to aging, men's sexual behavior, sexual confidence, and risk factors in Japan. Present study, we aim to assess EHS as well as lifestyle factors, comorbidities, general health, sexual confidence, frequency of sexual behaviors using a web-based cross-sectional nationwide survey conducted in Japan. A total of 7,710 men with a mean age of 39.3 ± 13.0 years participated in this survey. In 1,182 (15.3%) participants who were using phosphodiesterase type 5 inhibitors, 3,540 (54.2%) had $EHS \leq 3$ and 1,196 (18.3%) had $EHS \leq 2$. We found a significant age-dependent decrease, however EHS and frequency of sexual intercourse was shown positive relationship ($r = 0.17$, $P < 0.001$). In age-adjusted multivariate logistic regression, risk factors for a lower EHS (defined as $EHS \leq 2$) were heavy smoking, which was defined as more than two packs per day (odds ratio [OR], 1.7) or a history of metabolic syndrome (OR, 1.4), diabetes mellitus (OR, 1.4), and hypertension (OR, 1.2).

Keywords: Erectile function, Erection hardness, Japanese, Sexual behavior, Web survey

緒言

性機能障害は性的欲求および性反応における精神生理学的変化の障害と定義され、女性43%、男性31%に認められる。それによって男女ともに、人生の幸福度においてネガティブな影響をもたらす¹⁾。男性の性機能障害に関しては、世界保健機構 (WHO) のコンセンサスパネルが勃起障害 (Erectile dysfunction: ED) が公衆衛生上の重要な健康問題であることを宣言して20年以上が経過しようとしている。委員会によると、勃起障害の病因、リスクファクター、病理、診断と治療の理解と同時に、EDの地域的、人種的、社会経済的、文化的な側面から更なる評価が必要だとしている²⁾。このような状況の中で、多くの研究者が、様々な

側面から様々な指標を用いてEDを評価してきた。

近年、本邦においては他国に類を見ない急激な高齢化が問題となってきた。しかし、加齢に伴う勃起硬度 (Erection hardness score: EHS) の低下が、性行動や心理的な要素にどのように影響するかを詳細に研究した例は少ない。また、EHSの低下に関連する要因の検討は、性機能障害を予防するためにも必要だと思われる。今回我々は、インターネットによる全国調査を実施し、ライフスタイルや合併症を含む一般的な背景因子のほかに、詳細な性活動、性機能、性に対する自信のデータを得たので、EHSがこれらのパラメーターにどのような影響を与えるかを中心に検討した。

方 法

本邦にて2009年3月から5月の間に、男性7,710人に対して全国的なインターネットによる横断的研究を行った。本調査は日本でsildenafilが発売されてから10周年を記念して、ファイザー製薬会社の協賛のもと、インターネット上で行われたキャンペーンである。このインターネット調査の対象としては無作為で上記ウェブサイトアクセスした20歳以上で構成される日本人男性であり、年齢制限以外は厳密な除外基準は設定していない。また今回の調査では参加者に謝礼等は払われていない。

今回のインターネット調査は参加者の背景に関する4問と臨床的な情報17問から構成される質問票によって行った。質問内容の詳細を表1に示した。本アンケートでは居住地などを含む基本背景のほか、性機能評価として勃起機能の評価、飲酒喫煙などの生活因子、既往歴、自己申告における主観的健康感、性的な自信、性行動の評価として自慰や性交渉などの頻度、PDE5阻害薬の使用の有無、EDの治療に対する態度を調査した。

勃起機能の評価として今回の調査ではErection hardness score : EHSを使用した。正式な日本語版EHSは以下の通りである。EHS1 : 陰茎は大きくなるが、硬くはない。EHS2 : 陰茎は硬いが、挿入に十分なほどではない。EHS3 : 陰茎は挿入には十分硬いが、完全には硬くはない。EHS4 : 陰茎は完全に硬く、硬直している。質問紙票ではアンケート参加者に理解しやすいようにEHSを1から4に以下のように分類し以下のように記載した。EHS1 : こんにゃく (大きくなるが、硬くはない)、EHS2 : みかん (硬いが、挿入に十分なほどではない)、EHS3 : グレープフルーツ (挿入には充分だが、

完全に硬くない)、EHS4 : りんご (完全に硬く、硬直している)。EHS2以下であれば、EDであり、治療の対象となり得る。

性行動は性行為と自慰頻度をそれぞれ以下の2つの項目で評価した。表1のQ8 最近のセックスの頻度はどの位ですか? という質問で性行為頻度を、Q9セックス以外での射精 (自慰など) の頻度はどの位ですか? という質問で自慰頻度を評価した。頻度に関する尺度として、「どちらも3日に1回以上」、「週に1回程度」、「月に2-3回程度」、「月1回程度」、「半年に数回程度」、「半年以上射精していない」という6つの選択肢を用意した。

EHSと加齢、性行動の相関はスピアマンの順位相関係数を用いて求めた。EHS2以下であるED群と、そうでない群の各項目の違いはカイ二乗検定を用いて比較した。さらに多変量解析にて挿入が出来ないと定義されるEHSが2以下である事の予測因子を求めた。多変量解析の母集団は、7,710人中、6,528人のPDE5阻害薬を使用していない群で検討した。多変量解析では説明変数として年齢カテゴリーのほか、アルコール消費量、喫煙状況などのライフスタイル、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの合併症の有無、メタボリック症候群の有無を設定した。年齢カテゴリーは10歳刻みで解析した。全ての統計学的処理はSTATA software version 11.2 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) によって行われた。データは全て平均±標準偏差もしくは症例数 (パーセンテージ) の形で記述した。

表1 アンケート内容

番号	質問内容	選択枝
F1	あなたは結婚されていますか？	既婚 未婚
F2	あなたの年齢をお答えください。	
F3	あなたは現在、子供がいますか。	子供あり 子供はいない
F4	あなたがお住まいの都道府県をお答えください。	都道府県 (1-47の選択枝) から選択
Q1	あなたの最近の健康状態はいかがですか？	良い まあ良い ふつう あまり良くない 良くない
2	現在、飲酒の習慣はありますか？	ほぼ毎日飲酒している 週に1-2回程度飲酒している 月に2-3回程度飲酒している なし
3	現在、喫煙の習慣はありますか？	1日数本程度喫煙している 1日1箱程度喫煙している 1日2箱以上喫煙している なし
4	これまでにメタボリックシンドロームと診断されたことがありますか？	ある ない
5	これまでに血圧・コレステロール・血糖値が高めと診断されたことがありますか？	血圧 (高血圧) コレステロール (高脂血症／脂質異常症) 血糖 (糖尿病) なし
6	最近の勃起時の硬さに自信はありますか？ (いずれか近い方を選択してください)	自信がある 自信がない
7	最近の勃起時の硬さはどのレベルに該当しますか？	りんご (完全に硬く、硬直している) グレープフルーツ (挿入には充分だが、完全に硬くない) みかん (硬いが、挿入に十分なほどではない) こんにゃく (大きくなるが、硬くはない)
8	最近のセックスの頻度はどの位ですか？	3日に1回以上 週に1回程度 月に2-3回程度 月1回程度 半年に数回程度 半年以上セックスしていない
9	セックス以外での射精 (自慰など) の頻度はどの位ですか？	3日に1回以上 週に1回程度 月に2-3回程度 月1回程度 半年に数回程度 半年以上射精していない
10	最近1年間で勃起が不十分 (うまく挿入できなかった／中折れしたなど) でセックスが上手くいかなかったことがありますか？	ある ない
11	セックスでパートナーを満足させている自信がありますか？	ある ない
12	今までにED (勃起機能の低下) かもしれないと思ったことがありますか？	ある ない

番号	質問内容	選択枝
13	もし、ED（勃起機能の低下）になったら病院に行きますか？	行く 行かない
14	最近1年間で、あなたはED治療薬を服用したことがありますか？	はい（病院や薬局で入手） はい（友人・知人から入手） はい（インターネットで入手） いいえ
15	ED治療薬は、簡単な問診だけでももらいたいですか？	はい（短時間で処方して欲しい） はい（できるだけ検査をしたくない） はい（薬剤が無効なら検査をしたい） いいえ（じっくり話を聞いて欲しい） いいえ（心理テストをして欲しい） いいえ（男性ホルモンの検査をして欲しい） いいえ（糖尿病の検査をして欲しい）

結 果

本アンケートに回答した7710名の平均年齢は39.3±13.0（20-89歳）であった。背景と臨床的特徴を表2に示した。参加者の居住地は都道府県で記録されているが、地区別に分類すると北海道が247名（3.2%）、東北地方が427名（5.5%）、関東地方が3903名（50.6%）、中部地方が1,008名（13.1%）、近畿地方が1037名（13.5%）、中国地方が299名（3.9%）、四国地方が139名（1.8%）、九州地方が650名（8.4%）であった。

半数以上である4,454名（57.8%）の参加者が既婚者であり、3,750名（48.6%）に子供がいた。ライフスタイル調査は、2,714名（35.2%）がアルコールを毎日消費しており、4,997名（64.8%）が非喫煙者であった。合併症に関しては、1,538名（20%）に高血圧の既往歴、2,003名（26%）に脂質異常症の既往歴、581名（7.5%）に糖尿病の既往歴を認めた。さらに全解答者中、1,867名（24%）がメタボリック症候群の診断歴があった。PDE5阻害薬の使用経験があるのは1,182名（15.3%）であった。

本来の勃起機能を評価するために、PDE5阻害薬を使用していない6,528名の参加者中のEHSを評価した。その結果、EHS4が2,988名

表2 参加者背景

	Total (N = 7,710)
婚姻状態, N (%)	
既婚	4,454 (57.8)
未婚	3,256 (42.2)
年齢	
中央値（最低値-最高値）	38 (20-89)
平均 ± 標準偏差	39.3 ± 13.0
子どもの有無, N (%)	
あり	3,750 (48.6)
なし	3,960 (51.4)
アルコール摂取量, N (%)	
なし	1,888 (24.5)
2-3回程度飲酒している	1,455 (18.9)
週に1-2回程度飲酒している	1,653 (21.4)
ほぼ毎日飲酒している	2,714 (35.2)
喫煙状況, N (%)	
ノンスモーカー	4,997 (64.8)
1日数本程度喫煙している	781 (10.1)
1日1箱程度喫煙している	1,662 (21.6)
1日2箱以上喫煙している	270 (3.5)
合併症, N (%)	
メタボリック症候群	1,867 (24.2)
高血圧	1,538 (20.0)
脂質異常症	2,003 (26.0)
糖尿病	581 (7.5)

(45.8 %), EHS3が2,344名 (35.9 %), EHS2が765名 (11.7%), EHS1が431名 (6.6%)であり、ED治療が必要だと思われる、EHS1もしくは2であったのは1196名 (18.3%)であった。EHSと年齢の相関をみると、図1に示すように、年齢とともにEHSは有意差をもって減少していた ($r = -0.32$, $P < 0.001$)。

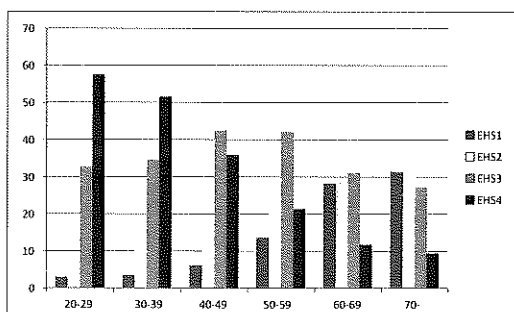


図1 年齢とEHSの関係
(横軸は年齢カテゴリー、縦軸はパーセンテージ)

性行動に関しては、アンケートで性交頻度と自慰頻度を解析した。図2A、図2Bにそれぞれ、年齢別の性交頻度と自慰頻度を示した。全参加者7,710名の性交頻度を見てみると、半年に数回程度、もしくは半年以上セックスしていないという、所謂セックスレスの状態であったのは3,155名 (41%)であった。「どちらも3日に1回以上」を5、「週に1回程度」を4、「月に2-3回程度」を3、「月1回程度」を2、「半年に数回程度」を1、「半年以上射精していない」を0として集計したところ、全国の性行為回数は平均すると2.0±1.6であり、上記の分類からすると月1回程度であった。また自慰頻度に関しては全国平均3.6±1.6であり、上記の分類から週に1回程度から月に2-3回程度の間であることが判明した。さらに居住区別の性行動を検討した。性行為頻度では居住地によって多少のばらつきを認めた。今回の結果からは、性

行為頻度高い県上位3県は、青森県の2.5±1.5、山梨県の2.4±1.8、島根県の2.3±1.8であり、反対に下位3件は奈良県の1.4±1.6、高知県の1.6±1.7、長崎県の1.6±1.6であった。自慰頻度に関しては、頻度が高い県は徳島県の4.3±1.0、岡山県の4.1±1.2、山梨県の4.0±1.6であった。反対に頻度が低い県は宮崎県の1.4±2.5、福島県の2.8±1.8、鳥取県の2.9±1.9であった。

今回の調査では、加齢と性行為回数に相関は認めなかった ($r = -0.01$, $P = 0.587$)。一方で、加齢とともに自慰頻度が低下する事が判明した ($r = -0.49$, $P < 0.001$)。EHSで評価した勃起機能と性行動に関しては、EHSと性行為に正の相関を認め、勃起機能が良いほど性行為回数が増加することが判明した ($r = 0.17$, $P < 0.001$)。Q14の質問での性的自信の評価は明ら

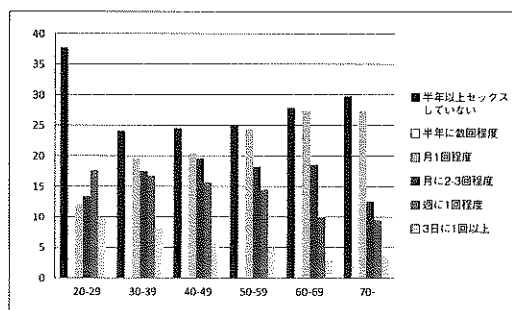


図2A 年齢別の性行為頻度
(横軸は年齢カテゴリー、縦軸はパーセンテージ)

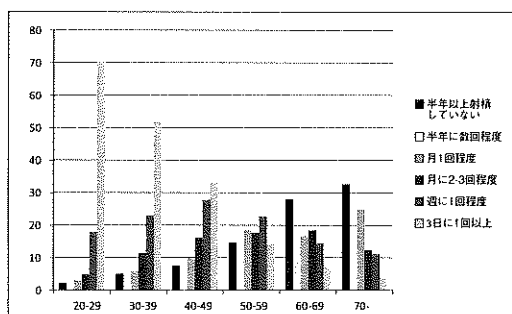


図2B 年齢別の自慰頻度
(横軸は年齢カテゴリー、縦軸はパーセンテージ)

かに加齢とともに有意に低下していた。一方でPDE5阻害薬の使用に関しては、加齢とともにPDE5阻害薬の使用率は高まっていた。またPDE5阻害薬の使用経験がある群は使用経験がない群と比較して、統計学的有意に性行為頻度が増加していた。

EHS2以下であるEDの群では、そうでない群と比較して、1日1箱以上のヘビースモーカー、メタボリック症候群、高血圧、脂質異常症、糖尿病の既往が有意に認められた(すべて $P < 0.001$)。次に多変量解析でPDE5阻害薬を使用していない6528名におけるEDの危険因子を求めた。その結果、最も強い相関のあった要因としては、年齢(加齢)であり、70歳以上であることは20-29歳の群と比較するとEDとなるリスクが16倍のオッズ比で認められた。ライフスタイルに関しては1日に2箱以上喫煙するヘビースモーカーは非喫煙者と比べると、オッズ比1.7倍でEDになる傾向であった。しかし、アルコール摂取量とEDの関連性は認めなかった。合併症に関しては、メタボリック症候群の診断をされた群はメタボリック症候群ではない群と比較すると1.4倍のオッズ比でEDのリスクが上昇した($P < 0.001$)。同様に、高血圧群では1.2倍($P = 0.023$)、糖尿病群では1.4倍($P = 0.008$)のオッズ比で、そうでない群と比較してEDになるリスクが有意に高かった。しかし、今回の調査では脂質異常症はEDの危険因子にはならなかった(オッズ比 1.07, $P = 0.368$)。

考 察

EHSは簡便で、通常の診療で簡単に利用できる、EDのスクリーニングツールである³⁾。各国のED有病率は、米国で19-36%^{1,4)}、フ

ランス・韓国では32%、中東では45%と報告されている⁵⁾。本邦の研究では、36%から89%と報告されており、その頻度は一定ではない。これはEDの定義や母集団によって大きく変化すると考えられた⁶⁻⁸⁾。本研究で我々は全7710名を解析した結果、EHSが2以下であるEDが考えられる回答者は21.4%であり、諸外国の報告よりも比較的良好な勃起機能を保有していると考えられた。この結果は、今回の調査様式がインターネット調査という事もあり、母集団が比較的若く、特に高齢者ではウェブサイトにはアクセス出来るようなインテリジェンスをもつ比較的安全性機能が良好な母集団に偏っている可能性が考えられた。しかし、図1に示す通り、EHS2以下のいわゆる勃起不全の割合をみると、50歳から59歳の年齢層では約1/3に、60歳以上の年齢層では半数以上に及んでおり、総じて50歳以上では何らかの性機能障害に直面している男性は少なくはないと考えられた。ただし、PDE5阻害薬を使用した経験がある割合が15.3%だった事を考慮すると、実際に治療薬を必要としていない人もある程度は存在するだろうし、PDE5阻害薬よりもサプリメントや民間療法に頼っている者も相当数いると考えられた。本研究ではPDE5阻害薬を使用している群のほうが、特に高齢群において勃起機能とともに性行為頻度が上昇しており、このことからPDE5阻害薬の使用が中高年の性的活動を助長している可能性が推察された。

今回の調査では図2Aに示した通り60歳以上の6割近くに月一回以上の性行為を認めた。前述したように、これはインターネットにアクセス可能な高齢者という母集団の偏りがあると考えられるが、以前のセクシュアリティ研究会のアンケート調査の結果と照らし合わせて

も、妥当な数字であると考えられた。一方で他国と比較をすると、日本人の性に関しては、西欧諸国よりも性的活動性に劣り、性機能に関しては関心が薄いと報告されてきた経緯がある^{9,10)}。日本独自の文化的背景を考慮すると、欧米諸国よりは性的活動性が劣ることは事実かもしれない。しかし勃起硬度の低下に代表されるEDはPDE5阻害薬で治療可能であり、羞恥心はあるかもしれないが医療者やカウンセラーに相談することが望まれる。さらに重要なこととして、近年になりEHS低下を伴うような性機能障害は、男性の健康に直結するということが報告されてきた。つまり男性機能の低下に伴い男性更年期 (late onset hypogonadism: LOH症候群) や糖尿病や高血圧、将来的な心筋梗塞や脳梗塞のような心血管障害が合併している可能性もあり、性機能障害の診断を契機に前述のような全身疾患が発見されることがある¹¹⁻¹⁴⁾。また、EHSの低下をきっかけにして禁煙やメタボリック症候群などを引き起こすライフスタイルの修正を指導することは可能であるし、疾病の第一次予防的な側面から重要であると思われる^{15,16)}。しかし現実の臨床の場では性機能障害に対するアセスメントが十分になされていない状況である¹⁷⁾。従って、医療現場やカウンセリングの場で、積極的に男性の性機能障害を問診し、男性側の健康をケアすることが必要だと考えられた。

性機能障害は男女ともに、人生の幸福度においてネガティブな影響をもたらす¹⁾。本研究の結果から、EHSが高い男性は、EHSが低い同年齢の集団と比較すると、より性的活動性が上昇する傾向が判明した。同様な研究が欧米諸国から報告されており、それによるとEHSの上昇は性行為での喜び、性的に満足で

きる性行為回数、性的な関係の改善に相関するとされている¹⁸⁾。また、男性としての自尊心に勃起硬度は深くかかわっており、パートナーとの性行為の有無に関わらず、男性機能を喪失することへの不安感、喪失感が切実であることは臨床の場において経験するところである。例えば前立腺癌に対する前立腺癌治療のため手術後EDの可能性のある方を診療していると、その様な症例を散見する。現在までの報告では勃起機能の低下に関して日本人男性は欧米男性よりも悩まないとされているが、本邦の高齢化が一段と進行するにつれて、リタイア後の長い人生で可能な限り自己の機能を維持しようという人間本来の欲求は、本邦においても今後鮮明になっていくと思われる。ことに近年の高齢者におけるPDE5阻害薬の普及は、日本人男性における意識変容の表れなのかもしれない。

勃起硬度の低下で表されるEDとライフスタイルを含めた危険因子の関係を明らかにした本邦からの報告は少ない。今回の我々の多変量解析の結果では、加齢がEHS低下における最も強力な予測因子であり、これは以前の報告と一致していた⁶⁾。また1日に2箱以上の喫煙は、オッズ比1.7倍でEHSが低下のリスクとなることが明らかになったが、一方でアルコール摂取量とEHS低下 (ED) の関連性は認めず、これは諸外国の報告と同様であった¹⁹⁻²¹⁾。メタボリック症候群に関しては、以前より諸外国からの報告では関連性が指摘されていたが、本邦からの報告では肥満とEDとの関係は指摘されておらず、今回初めてメタボリック症候群と性機能の関連を報告した結果となった。メタボリック症候群と診断された例は1.4倍のオッズ比でEHS低下 (ED) のリスクが上昇したが、

これは肥満が血管内皮機能やテストステロンの低下を引き起こすためと考えられており、このような状況においては食事指導の上、カロリー制限による減量や運動の習慣をつけるなどのライフスタイルの修正が推奨される^{16, 22)}。

結 語

今回の検討で7,710名の日本人男性における、勃起硬度と性活動の詳細なデータが明らかとなった。60歳以上の男性においても、約6割に月1回以上の性行為を認めた一方、加齢に伴う勃起硬度の低下とともに性的活動の低下が認められた。一方では高齢者においてPDE5阻害薬による治療により性的活動性が増進している可能性が示唆された。勃起硬度の低下は様々な要素と関連しており、特に加齢、性活動頻度、性的自信、喫煙、糖尿病などとの有意な関連が認められた。総じてEHSは日々の臨床やカウンセリングにおいて、性機能評価と同時に男性の健康を守るための有用なツールとなり得ると考えられた。

文 献

- 1) Laumann E.O., Paik A. and Rosen R.C.: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA, 281: 537-544, 1999.
- 2) NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA, 270: 83-90, 1993.
- 3) Mulhall J.P., Levine L.A. and Junemann K.P.: Erection hardness: a unifying factor for defining response in the treatment of erectile dysfunction. Urology, 68: 17-25, 2006.
- 4) Braun M., Wassmer G., Klotz T., et al.: Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res, 12: 305-311, 2000.
- 5) Shaeer O. and Shaeer K.: The Global Online Sexuality Survey (GOSS): erectile dysfunction among Arabic-speaking internet users in the Middle East. J Sex Med, 8: 2152-2160; quiz 2160-2153, 2011.
- 6) Marumo K., Nakashima J. and Murai M.: Age-related prevalence of erectile dysfunction in Japan: assessment by the International Index of Erectile Function. Int J Urol, 8: 53-59, 2001.
- 7) Imai A., Yamamoto H., Hatakeyama S., et al.: Risk factors for erectile dysfunction in healthy Japanese men. Int J Androl, 33: 569-573, 2010.
- 8) Sasayama S., Ishii N., Ishikura F., et al.: Men's Health Study: epidemiology of erectile dysfunction and cardiovascular disease. Circ J, 67: 656-659, 2003.
- 9) Namiki S., Kwan L., Kagawa-Singer M., et al.: Sexual function following radical prostatectomy: a prospective longitudinal study of cultural differences between Japanese and American men. Prostate Cancer Prostatic Dis, 11: 298-302, 2008.
- 10) Masumori N., Tsukamoto T., Kumamoto Y., et al.: Decline of sexual function with age in Japanese men compared with American men—results of two community-based studies. Urology, 54: 335-344; discussion 344-335, 1999.
- 11) Bohm M., Baumhakel M., Teo K.,

- et al.: Erectile dysfunction predicts cardiovascular events in high-risk patients receiving telmisartan, ramipril, or both: The ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial/Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE iNtolerant subjects with cardiovascular Disease (ONTARGET/TRANSCEND) Trials. *Circulation*, 121: 1439–1446, 2010.
- 12) Thompson I.M., Tangen C.M., Goodman P.J., et al.: Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA*, 294: 2996–3002, 2005.
 - 13) Jackson G., Rosen R.C., Kloner R.A., et al.: The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J Sex Med*, 3: 28–36; discussion 36, 2006.
 - 14) Dong J.Y., Zhang Y.H. and Qin L.Q.: Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies. *J Am Coll Cardiol*, 58: 1378–1385, 2011.
 - 15) Bacon C.G., Mittleman M.A., Kawachi I., et al.: A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *J Urol*, 176: 217–221, 2006.
 - 16) Esposito K., Giugliano F., Di Palo C., et al.: Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291: 2978–2984, 2004.
 - 17) Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O., et al.: A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, 357: 762–774, 2007.
 - 18) Mulhall J., Althof S.E., Brock G.B., et al.: Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice—recommendations of an international study panel. *J Sex Med*, 4: 448–464, 2007.
 - 19) Mcvary K.T., Carrier S., Wessells H., et al.: Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. *J Urol*, 166: 1624–1632, 2001.
 - 20) Rosen M.P., Greenfield A.J., Walker T.G., et al.: Cigarette smoking: an independent risk factor for atherosclerosis in the hypogastric-cavernous arterial bed of men with arteriogenic impotence. *J Urol*, 145: 759–763, 1991.
 - 21) Feldman H.A., Johannes C.B., Derby C.A., et al.: Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med*, 30: 328–338, 2000.
 - 22) Seftel A.D.: Erectile dysfunction in obese men. *JAMA*, 292: 2466; author reply 2467, 2004.

原 著

慢性疾患とともにある男性のセクシュアリティの 看護ケアに関する文献研究

大分県立看護科学大学 専門看護学講座

成人・老年看護学

森 加苗愛

Review of the research on sexuality nursing care of adult males with chronic diseases

Division of General and Gerontological Nursing Department of
Specialized Nursing Oita University of Nursing and Health Sciences

MORI Kanae

和文抄録

本研究は、国内外の看護研究論文から、慢性疾患をもつ成人期男性のセクシュアリティの看護ケアへの示唆を得ることを目的とする。文献検索データベースは、国内文献は医学中央雑誌Web版、海外文献はMEDLINEを用い、機械的検索の後設定した選定基準により選定した。結果、国内論文13文献および海外論文8文献を選定し計73枚の看護ケア・看護ケアへの示唆に関するラベルを抽出した。分析の結果、2つのカテゴリー、計16の看護ケアが導出された。

【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】では、男性のセクシュアリティの看護ケアを実践する上で整えるべき8つの環境や医療システムが明らかとなった。

【患者・パートナー（家族）に対するセクシュアリティの直接ケア】では、セクシュアリティの看護ケアは実践の場である環境や医療システムを整えた上で、患者とパートナー（家族）ともに実践すべき8つの看護ケアが明らかとなった。

これらの結果は看護師のみでなく、多職種・多領域にわたる連携、医療機関全職員の高い倫理観が前提となることで、その質の維持・向上が目指せることを示していた。

Abstract

The purpose of this study is to obtain suggestions for sexuality nursing care of adult males with chronic diseases from domestic/international nursing research papers. Using Igaku Chuo Zasshi website version for Japanese articles and MEDLINE for international articles as databases, articles were chosen by selection standards set up following a mechanical search.

Consequently, 13 domestic and 8 international articles were selected and 73 (labels about nursing care and suggestion to a nursing care) were extracted. By performing an analysis, 2 categories and 16 nursing care items were derived.

For the [sexuality nursing care by creating environment and systems] category, 8 environment conditions and medical systems that should be created for practicing male sexuality nursing care were elucidated. For the [direct sexuality care for patients and partners (family members)] category, 8 nursing care items that should be provided for patients and partners (family members) subsequent to creating the required environment conditions and medical systems were elucidated.

These results indicate that quality of sexuality nursing care can be maintained and improved by collaboration among not only nurses but also people of various professions/fields and by all medical institute employees committing to sound ethical standards.

Keywords: sexuality, nursing practice, chronic disease, male, literature review,

I 緒言

セクシュアリティは患者の基本的人権でありその尊厳が公にされ、医療の充実が唱えられている一方、わが国における糖尿病をもつ男性のセクシュアリティに関する医療や看護には、多くの課題が示されている¹⁾²⁾³⁾。

筆者は長く糖尿病看護に携わってきた。その実践経験の中で、糖尿病の病態が男性患者のセクシュアリティに及ぼす問題に向き合ってきた。特に勃起不全 (Erectile Dysfunction ; ED 以下EDとする) では、1人で長年悩み、誰にも相談できずに偽造医薬品を入手する患者が多く、その身体心理面のケアは重要である。

アメリカにおけるMMAS (Massachusetts Male Aging Study : 1994) では、糖尿病がEDの重要な要因であることが示され、日本では植木の調査⁴⁾で、男性糖尿病患者のED合併率は66.0%と報告されている。

わが国の男性のセクシュアリティに関す

る看護研究は、がんや泌尿器科疾患における手術療法や放射線療法の侵襲によるケアに関するもの、心疾患などの慢性疾患や高齢者のセクシュアリティに関する研究⁵⁾⁶⁾⁷⁾がみられるが、糖尿病領域においては未だみられていない。しかしながら、EDは慢性疾患を有する患者においても高頻度にみられる自覚症状である⁸⁾ことから、糖尿病を含む慢性疾患であるが故に共通に生じるセクシュアリティの問題、目指す看護ケアがあると考ええる。

本研究では、慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティへの看護ケアを国内外の文献から明らかにし、今後のセクシュアリティの看護ケアへの示唆を得ることを目的とする。

II 方法

1. 対象文献の選定方法

文献データベースは、国内の文献検索は医学中央雑誌Web版、海外の文献検索はMEDLINEを用いる。対象文献の機械的検索

の後設定した選定基準により選定した。

1) 文献の機械的検索

(1) 国内の対象文献の検索方法

- ① 検索対象年：1983年から2014年（検索日：2014年7月における全年検索）。
- ② 検索keyword：「セクシュアリティ/sexuality」, 「勃起障害/erectile dysfunction」, 「看護」のand検索。
- ③ 絞り込み条件：「原著」, 対象者条件から胎児～青年期（13～18歳）, 女性, 妊娠を除外した。

(2) 海外の対象文献の検索方法

- ① 検索対象年：1983年から2014年（検索日：2014年10月における全年検索）
- ② 検索keyword：「sexuality」, 「erectile dysfunction」, 「Nursing」のand検索。
- ③ 絞り込み条件は、全文へのリンク、性別はMale、対象年齢はAll Adult(19+years)、言語はEnglishとした。

2) 文献の選定基準

機械的検索の後、研究論文のテーマと抄録を概観し、以下の基準により文献を選定した。

- (1) 論文の種類：会議録や総説は除外し研究論文を選定する。
- (2) 対象者の属性：女性、成人期～老年期以外の発達段階の対象者は除外する。
- (3) 対象者の性的指向の特性：性的指向の多様性の尊重を前提とした上で、本論文においては性的少数者 (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender; LGBT) を対象とした看護ケアに関する研究論文は除外する。
- (4) 対象者の疾患の特性：慢性疾患をもつ男性を対象とする。手術や放射線治療など、医学的治療による身体への侵襲から生じたセクシュアリティの問題への看護

ケアに関する論文は除外する。

- (5) その他：本研究の目的を鑑み、看護学生への教育に関する研究論文等は除外する。
- (6) 以上選定基準により入手可能であった論文の内容を読み込み、論文の結果および考察において、慢性疾患を持つ男性のセクシュアリティの看護ケア、看護ケアへの示唆が読み取れる文献を選定する。対象者に女性が含まれている場合でも、男女共通で必要とする看護ケアであると判断した場合には対象論文とする。

2. 分析方法

対象論文の結果もしくは考察においてセクシュアリティの看護ケア、看護ケアへの示唆が読み取れる部分を抽出し1枚のラベルとする。ラベルを作成する際にはセクシュアリティの看護ケアの本質の内容が損なわれないよう注意する。全ラベルを広げて概観し、セクシュアリティの看護ケア・看護ケアへの示唆の性質の類似性によって分類・整理しラベル群のネーミングを行った。本作業を繰り返し、最終カテゴリーを導出した。

Ⅲ 結 果

1. 分析対象文献の選定

1) 国内対象文献

医学中央雑誌Web版で検索（検索日2014年7月全年検索）を行った。「勃起障害/erectile dysfunction」, 「看護」による検索の結果20文献, 「セクシュアリティ/sexuality」, 「看護」による検索の結果、171件の文献が機械的に検索された（表1）。

機械的に検索された文献を概観し、選定基

準に沿い選定した結果、研究目的に沿う12文献を得た。また、ハンドリサーチにて1文献を追加し計13文献を分析対象とした。

2) 海外対象文献

MEDLINEで「sexuality」, 「erectile dysfunction」, 「nursing」により検索(検索日2014年10月全年検索)を行った。「sexuality」, 「nursing」による検索結果173文献, 「erectile dysfunction」, 「nursing」による検索結果69文献が機械的に検索された(表2)。

機械的に検索された文献を概観し、選定基準により7文献を得た。また、ハンドリサーチにて「sexual」「dysfunction」のkeywordを有する1文献を追加し計8文献を分析対象とした。

2. 慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケアの示唆の抽出

分析対象の計21文献を読み込んだ結果、国内文献にはセクシュアリティの看護ケアの創造を目的とするものはなく、高齢または慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティや看護援助の実態、また看護師の認識を明らかにする目的のものがみられた。海外文献では、腫瘍患者との性的な問題に対処するケアモデルの文献、また患者と勃起障害等を議論する際のNPsを調査した文献等、sexualityの看護ケアについて述べられたものが見いだせた。

以上、結果および考察において述べられていたセクシュアリティの看護ケア、看護ケアへの示唆を読み取り、国内文献から46枚、海外文献から27枚のラベルを抽出した

表1 医学中央雑誌Web版文献検索結果

検 索 式		件 数	検 索 式		件 数
「セクシュアリティ/sexuality」「看護」			「勃起障害/TH or erectile dysfunction」「看護」		
#1	(セクシュアリティ/TH or sexuality/AL)	[969件]	(勃起障害/TH or erectile dysfunction/AL)		[4,862件]
#2	(看護/TH or 看護/AL)	[609,205件]	(看護/TH or 看護/AL)		[609,205件]
#3	#1 and #2	[612件]	#1 and #2		[126件]
#4	(#3) and (PT=原著論文)	[195件]	(#3) and (PT=原著論文)		[20件]
#5	(#4) and (CK=胎児新生児, 乳児1~23ヶ月, 幼児(2~5), 小児(6~12), 青年期(13~18))	[22件]	(検索日2014年7月)		
#6	#4 not #5	[173件]			
#7	(#6) and ((CK=女) AND (CK=妊娠))	[2件]			
#8	#6 not #7	[171件]			

表2 海外文献検索データベースMEDLINEによる文献検索

検索ID	検索用語 「sexuality」 「nursing」	検索オプション	アクション	検索用語 「erectile dysfunction」 「nursing」	検索オプション	アクション
S1	sexuality	検索モード-入力した語順どおりに検索	結果を表示 (15,383)	erectile dysfunction	検索モード-入力した語順どおりに検索	結果を表示 (19,878)
S2	sexuality AND nursing	検索モード-入力した語順どおりに検索	結果を表示 (1,466)	erectile dysfunction AND nursing	検索モード-入力した語順どおりに検索	結果を表示 (242)
S3	sexuality AND nursing	限定-全文へのリンク; 抄録あり	結果を表示 (615)	erectile dysfunction AND nursing	限定-全文へのリンク;抄録あり	結果を表示 (112)
S4	sexuality AND nursing	限定-全文へのリンク; 抄録あり;英語;人間;性: Male;対象年齢: All Adult: 19+ years; 言語: English	結果を表示 (173)	erectile dysfunction AND nursing	限定-全文へのリンク; 抄録あり;英語;人間; 性: Male;対象年齢: All Adult: 19+ years; 言語: English	結果を表示 (69)

(検索日2014年10月)

国内対象文献およびラベル一覧を表3、海外対象文献およびラベル一覧を表4に示す。

3. 慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケア

抽出した73枚のラベルを分析した結果、

表3 国内対象文献およびセクシュアリティの看護ケアラベル一覧

文献No	文献タイトル	目的	国内文献から抽出したセクシュアリティに関する看護ケア・看護ケアへの示唆	ラベルNo
①	前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態と看護援助経験をもつ看護師の認識(酒井他, 2012)	前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態を調査し、性に関する看護援助経験をもつ看護師の認識を明らかにすること	性に関する話題を受け付けるというメッセージを患者へ明確に示す	[1-①1]
			患者の悩みや不安を肯定的に受け止める	[1-①2]
			看護師は患者の性機能低下に伴う悩みを理解すること	[1-①3]
			患者が自分の性について話す機会を看護師がつくる	[1-①4]
			患者の話に傾聴する	[1-①5]
			看護師には患者の「声にならない声」を察知することが求められる	[1-①6]
			患者の性に問題がある時、他の看護師と相談しやすい雰囲気は看護師の精神的負担感を軽減する	[1-①7]
			患者の性の看護を行う病棟の雰囲気づくりには、患者理解を深める	[1-①8]
			患者の性の看護を行う病棟の雰囲気づくりには、看護師間と医師とのチームワークにより患者の情報を共有すること	[1-①9]
			人間にとって性機能が保たれる意味について理解する	[1-①10]
			看護師自身が援助の重要性を認識すること	[1-①11]
②	糖尿病療養女性スタッフを対象としたErectiledysfunction (ED)に関する意識調査(池田他, 2012)	糖尿病患者からよりEDについてを相談しやすい環境整備に向け、糖尿病療養女性スタッフのEDに対する意識や取り組みを明らかにする	女性医療スタッフだけでなく、糖尿病の主治医である内科医自身もEDについての知識や経験が充分とはいえず、泌尿器科医をはじめとした性機能専門医と連携した上でEDに関する情報提供を考慮すべきである	[1-②1]
			女性スタッフ間でEDに関する知識や経験の共有を行うべきである	[1-②2]
			知識取得のために性機能に関する講演会の開催やロールプレイングなどでEDを相談される疑似体験を行っておくことなどが有効	[1-②3]
			EDを相談された際の対応や院内における相談窓口の取り決めを事前に決めておくことは必要である	[1-②4]
③	「人間の性」に関わる看護ケアに影響する意識女性看護師の場合(兼宗他, 2007)	「人間の性」に関わる看護場面におけるケアに影響する意識を探索する	患者の性を基本的欲求として捉えて看護師としての対応を考えられる学習体制	[1-③1]
			看護師自身のセクシュアリティを認識できるような学習体制	[1-③2]
④	造血細胞移植後患者の退院後のセクシュアリティに関する実態調査(城川他, 2007)	造血細胞移植後患者の退院後のセクシュアリティの実態を明らかにする	医療者は「性の悩みを相談して良い」というメッセージを発信していかなければならない	[1-④1]
			サポート体制として患者に起こり得る性的問題と対処について伝える	[1-④2]
			プライバシーの保てる相談場所を確保する	[1-④3]
			患者やパートナーの訴えをよく聞いて一緒に問題を整理する	[1-④4]
			医療者が治療による性機能の低下や治療法に関する知識を深める	[1-④5]
			「性」の相談は入院中よりも退院後の方が多くと予測されるため、いつでも相談できる窓口の設置が必要である	[1-④6]
⑤	患者の性的言動に遭遇した時の看護師の態度の類型化に関する研究個人態度構造分析から(山内, 2006)	患者の性的言動に遭遇した時の看護師の認知・情動・行動的側面：を検討	看護師が個人的解決の限界を認識し、看護師のサポートシステムの積極的な取り組みが望まれる	[1-⑤1]
⑥	看護現場における患者の性的行動と看護師の対応の現状(黒沢他, 2004)	当院における患者の性的問題行動・言動と看護師の対処法などを明らかにする	性的指導の学習会の開催	[1-⑥1]
			患者の性の相談窓口設置	[1-⑥2]
			看護師用の対応マニュアルの必要性	[1-⑥3]
⑦	老人ホームケアスタッフにおける「高齢者の性」に対するイメージの研究基本的属性との関連性(赤嶺他, 2003)	高齢者のケアスタッフの基本的属性と「高齢者の性」に対するイメージとの関連性を検討	教育を受けることで「高齢者の性」に対する知識と理解を深めることが可能となり好意的なイメージの形成に役立つ	[1-⑦1]
⑧	看護職者の「セクシュアリティに対する態度」に影響を与える要因(朝倉, 2003)	看護職者の属性と「セクシュアリティに対する態度」との関連性を明らかにする	セクシュアリティに関する教育的介入を行うことによって彼らのセクシュアリティに対する態度がよりliberalに変化する	[1-⑧1]
⑨	看護者の性に対する認識がケアに与える影響(岡田他, 2002)	看護者の性に対する認識と患者の性への対応の実態を明らかにする	患者から性に関する不安や悩みを相談されたときは性の問題を共有したり配慮する	[1-⑨1]
⑩	心筋梗塞という病が病者の性に与える意味(旗持他, 2001)	心筋梗塞を発症した男性患者の病や性に関する語りから性に与える意味を明らかにする	看護者は心筋梗塞の病者の語りを性という観点、通過儀礼としての観点から解釈し意味づけることで病をもち生きる生きる病者とその苦悩を回復過程の中で理解することができる。そして病者が性的な存在として生きることを支える援助の糸口を得ることができる	[1-⑩1]
			看護者は性に関する情報提供や教育・相談の準備があることを病者に伝え、回復過程の中で病者に性を語る機会を提供することにより、病者の性的な統合を促進できると考えられた	[1-⑩2]
⑪	老いと慢性病をもつことによる高齢者のセクシュアリティへの影響(小松他, 2001)	慢性病を持つ高齢者のセクシュアリティへの影響を把握	看護者は老いや性に対する自分自身の信念や態度を十分に見据えつつ、高齢者個々人が病のために発揮されないままに潜在的な性的能力を促す	[1-⑪1]

文献 No	文献タイトル	目 的	国内文献から抽出したセクシュアリティに関する 看護ケア・看護ケアへの示唆	ラベルNo
⑫	看護職のセクシュアリティ： 性の認識と看護の現状と今 後の課題(高村他, 1994)	看護職の性の認識と看護の 現状、性に関する学習状況 から患者の性を尊重した看 護のあり方について検討す る	専門職として看護職に患者の性を促る以前に看護職自身がまず自らの性を広い視野で受け止められるような教育が急務である	[I-⑫-1]
			性を認識している看護職に患者は性の援助を依頼しているということからも、まず患者に性があることを認識することから、看護の実践が積み上げられると考える	[I-⑫-2]
			看護基礎教育における性に関する学習の場や、カンファレンスや看護計画を立てる場で性の問題を取り上げることがいかに重要であるかが示唆された	[I-⑫-3]
			入院時より性に関する情報が取りやすい共通したデータベースの開発や管理	[I-⑫-4]
			入院時のみでなく経時的に情報を積み重ねるなどの工夫が必要である	[I-⑫-5]
			性を尊重した病棟構造の見直しなど、患者や看護者の希望や意見が反映されたハード面での工夫・配慮が必要	[I-⑫-6]
			人間の性の学習を積極的にすすめていくように方向づけることが重要である	[I-⑫-7]
			カンファレンスや看護チームで患者の性を積極的に取り入れてそれを学習の場として活用することや、セミナーや学会などに参加し積極的に意見を交換し合う	[I-⑫-8]
			“患者の性を受け止め”、次に“患者の行動は何を求めているのか？その真のニーズは何なのか？そして”性に関する援助を必要としているサインではないのか”と患者の性的行動を受容し理解しようとする	[I-⑫-9]
⑬	入院患者のセクシュアリティと看護チームでのとり みとプライバシー尊重の実 態(工藤他, 1993)	看護職の現場におけるチ ームでの取り組みとプライバ シーの尊重の実態について 管理面の視点から明らかに する	入院時より性に関する情報が取られるようなデータベースを開発	[I-⑬-1]
			入院時のみでなく、経時的に情報を積み重ねる	[I-⑬-2]
			チームで患者の性について話し合うことを積極的に取り入れそれを学習の場として活用する	[I-⑬-3]
			人間の性を尊重した病棟構造(プライバシーが配慮された)の見直し	[I-⑬-4]

表4 海外対象文献およびセクシュアリティの看護ケアラベル一覧

文献 No	文献タイトル	目 的	文献から抽出したセクシュアリティに関する看護ケア・看護ケアへの示唆	ラベルNo
i	Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services (Chris Quinn, et al, 2013)	メンタルヘルスの患者がセ クシュアリティについてメン タルヘルス看護師と議論 する時、BETTR modelを適 用することでの反応・看護 師の認識を調査する	問題提起：看護師が患者との性的な問題を提示すること	[I-i-1]
			説明する：性的な事柄は生活の質にとって重要な問題であり、自分もこの問題を検討したいことを説明する	[I-i-2]
			伝える：患者の懸念が直ちに解決されないとしても、支援のための専門サービスに関心させることができると伝える	[I-i-3]
			時間を取る：看護師は患者が納得のいくまで話し合いの時間を取る	[I-i-4]
			教育する：治療による性に関する副作用について患者を教育すべき	[I-i-5]
			記録する：患者の医療記録に評価、治療、結果を記入する	[I-i-6]
ii	Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care (Chris Quinn, et al, 2012)	精神疾患を診断された人と 関わる際に BETTRE モデル を活用した時の看護師の経 験を調査する	【文献 i と同様】 本文献は、精神疾患患者と関わる際、セクシュアリティの議論を取り入れるのに有効な BETTRE モデルを活用した時の看護師の経験を調査している。文献 i も同様に BETTRE モデルを適用することでの看護師の認識を調査しており、抽出される看護ケアは BETTRE モデルの要素となり、内容は文献 i と同様である。	
iii	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs (Nina Saunama ki, et al, 2010)	Sexual Attitudes and Beliefs Survey を活用して患者と sexuality を議論することに 対し看護師の信念と姿勢を 明らかにする	看護学校において、彼らがセクシュアリティ含む包括的ケアを患者に提供できるよう教育すべき	[I-iii-1]
			指導要領を用意して看護師およびその他のものが簡単に必要な支援を得られるようにするべき	[I-iii-2]
			継続教育の奨励と管理者による教育に理解ある環境を整えることが重要	[I-iii-3]
iv	Discussing a sensitive topic: Nurse practitioners' and physician assistants' communication strategies in managing patients with erectile dysfunction (Roger Gree, 2009)	患者と勃起障害 (ED) の繊 細な話題を議論するとき、 NPs と PAs により使用され る戦略を調査	知識レベルを改善すること、	[I-iv-1]
			コミュニケーション技術を改善すること、	[I-iv-2]
			関係性構築	[I-iv-3]
			文化的および言語障壁克服	[I-iv-4]
			時間的制約を克服すること	[I-iv-5]
			少なくとも1名の対話者がコミュニケーション技能に優れていること	[I-iv-6]
v	Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence (T. Jaarsma, et al, 2009)	心疾患を有する患者に性的 なカウンセリングをする際、 心疾患看護師の実践・責任 と信頼を調査	ヘルスケア提供者がEDに関する十分な知識基盤を持っていること	[I-iv-7]
			ヘルスケア提供者と患者の間に信頼関係が存在すること	[I-iv-8]
			心疾患患者が性的活動を再開することに心配し、この問題に関して教育とカウンセリングが必要である	[I-v-1]
vi	Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis (Rona Rubin, 2005)	Disability, Assessment and Rehabilitation Team (DART) とMS男性患者による知覚 された性的問題の議論で、 困難に対する理由を調査	看護師は心臓病患者への性的な関心と性的なカウンセリングの情報を提供するより多くの知識と特別な実践訓練を必要とするかもしれない	[I-v-2]
			チームで看護師が性的問題について患者と話す適任者であることを認める	[I-vi-1]
			看護師は性的問題への対処者として適切な訓練が求められる	[I-vi-2]

文献 No	文献タイトル	目 的	文献から抽出したセクシュアリティに関する看護ケア・看護ケアへの示唆	ラベルNo
vii	The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis (BARBARA A. 2003)	多 発 性 硬 化 症 (multiple sclerosis: MS) とともに生きる人に関するセクシュアリティの体験を明らかにする	看護師と他の医療従事者は彼らの性的感情を表現して、必要に応じカウンセリングを求めるよう促すべき	【I-vii1】
			看護師はMSと他の慢性疾患である患者のためにセクシュアリティについてオープンで一般的なコミュニケーションの機会を提供すべき	【I-vii2】
viii	Investigating the effect of erectile dysfunction on the lives of men: a qualitative research study (DAVID PONTIN, TIM PORTER, et al.2002)	勃起障害 (ED) のある男性が直面している問題、特に男性の女性パートナーとの関係をより広い世界との相互作用について特定し、調査	地域社会や病院の両方において性的な欲望はごく普通に看護評価に組み込まれるべき	【I-viii1】
			教育提供者は男性のセクシュアリティに関わる問題を評価スキルトレーニングを取り入れることを確実にするカリキュラムの見直しが必要	【I-viii2】
			すべての男性が性機能障害について男性の医療専門家と話したいということは公理ではない。男性患者が期待することは彼らを尊重することと、守秘性に対する権利の専門的アプローチである	【I-viii3】
			看護師はEDと利用できる治療の範囲で役立つ健康増進資料をもつべきである	【I-viii4】

【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】の2つのカテゴリーのもと、計16の看護ケアが導出された(表5)。内容を示す。

表5 慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケア

	No	大項目	小項目	ラベルNo
環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア	A	患者のセクシュアリティに関する情報収集と経時記録物の整備を行う	入院時、患者のセクシュアリティを把握するための情報収集・記録を整える	【I-④4】 【I-⑩1】
			患者のセクシュアリティに関する経過記録を積み重ねる	【I-④5】 【I-⑩2】
	B	相談窓口の設置と明確な案内方法を整える	相談窓口を明確にしている	【I-④6】 【I-⑥2】
			相談方法を明確にしている	【I-②4】
	C	プライバシーが配慮された個室環境を整える	プライバシーが配慮された個室環境を整える	【I-④3】 【I-⑩4】 【I-⑩6】
	D	セクシュアリティのケアの質を維持するための看護基準・業務マニュアル・教材等を整える	セクシュアリティの看護ケアの質を維持するマニュアルや教材を整える	【I-⑥3】 【I-vii4】
	E	セクシュアリティの問題に対し、看護師のための相談・支援体制を整える	セクシュアリティの問題に対し、看護師のための相談・支援体制を整える	【I-①7】 【I-⑤1】 【I-①8】
			セクシュアリティのケアに関するカンファレンスや学習の機会を整える	【I-⑩8】
患者・パートナー(家族)に対するセクシュアリティの直接ケア	F	セクシュアリティのケアの向上を目指した看護師のための体系的な教育体制を整える	人間のセクシュアリティおよびそのケアに関する教育体制を整える	【I-③1】 【I-⑩7】 【I-⑥1】 【I-iii3】 【I-⑩3】
				【I-③2】
	G	医療チーム体制を整える	医療チームカンファレンスで、患者のセクシュアリティを含めた情報共有を行う	【I-①9】
	H	多職種間・多領域間の円滑な連携体制を整える	多領域(泌尿器科・循環器科等)間との連携によるケア体制を整える	【I-②1】
	a	セクシュアリティを含めた患者の全体像の理解の基、看護過程を実践する	セクシュアリティ含む情報に基づき、身体・心理・社会面のアセスメントの基、看護過程を実践する	【I-vii1】
	b	慢性疾患とセクシュアリティの関連についての一般的知識・対処の情報提供を行い、個別の相談対応(場所・相談対応者・方法)について説明する	慢性疾患とセクシュアリティの関連についての一般的知識・対処の情報提供を行い、話をする機会を作る	【I-④2】 【I-15】 【I-13】 【I-vii2】
			セクシュアリティに関する個別の相談対応(場所・相談対応者・方法)について相談して良いことを説明する	【I-①1】 【I-11】 【I-②2】 【I-vii1】 【I-12】
				【I-④1】
	c	患者のパートナー(家族)の思いを確認しつつ、セクシュアリティの問題について傾聴し、看護過程を実践する	患者のパートナー(家族)の思いを確認しつつ、セクシュアリティの問題について傾聴し、看護過程を実践する	【I-④4】
	d	セクシュアリティの問題について、患者の思いをゆっくりと向き合い傾聴し、患者理解の基看護過程を実践する	落ち着いて話ができる環境を整え、ゆっくりと問題に傾聴する	【I-14】 【I-iv5】 【I-iv8】 【I-iv3】 【I-iv4】
			患者が自分の性について話す機会をつくる	【I-①5】 【I-iv6】
			患者の性機能低下に伴う悩みや不安を理解し肯定的に受けとめる	【I-②2】 【I-⑩1】 【I-①3】
			患者の性機能低下に伴う悩みや不安を理解・アセスメントし看護過程を実践する	【I-⑩1】 【I-⑩1】 【I-v1】 【I-16】 【I-⑩9】

	No.	大項目	小項目	ラベルNo
患者・パートナー(家族)に対する セクシュアリティの直接ケア	e	セクシュアリティの問題に応じて看護師は多職種や多領域と連携し看護実践する	セクシュアリティの問題に応じて、看護師は多職種や多領域と連携して実践する	[I-①9]
	f	看護師の適切な教育・指導・支援体制の基、看護実践する	セクシュアリティの看護ケアの中核となる看護師により、看護師のためのコンサルテーション、必要に応じてチームカンファレンスが開催され、看護ケアへの意識を高める	[I-①6] [I-②3] [I-②2]
			看護師の経験や能力が判断され適切な指導・支援を受けて実践する	[I-Ⅲ2] [I-Ⅳ7]
			看護ケアの促進・質の維持・向上を目指し、セクシュアリティに関する体系的教育体制のもと、教育を受け看護実践する	[I-③1] [I-④1] [I-④5] [I-④11] [I-Ⅶ2]
				[I-③2] [I-④2] [I-⑦1] [I-②3] [I-v2]
				[I-④7] [I-Ⅲ1] [I-⑧1] [I-Ⅳ2] [I-vi2]
	g	看護師がセクシュアリティの問題の対処を自己の役割であると認識して看護実践する	看護師がセクシュアリティの問題の対処を自己の役割であると認識して実践する	[I-①10] [I-Ⅳ1]
	h	看護師は患者のセクシュアリティに向かい合う上で倫理観の基看護実践する	看護師は患者のセクシュアリティに向かい合う上で倫理観の基看護実践する	[I-vi1]
				[I-Ⅶ3]

【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】

A. 患者のセクシュアリティに関する情報収集と経時記録物の整備を行う

このケアは、患者理解を深めるために入院時に問診として患者のセクシュアリティに関する情報収集システム、記録物を整えることを示す。記録は情報を経時的に積み重ね看護ケアに生かすシステムを整えることが必要である。

B. 相談窓口の設置と明確な案内方法を整える

このケアは、セクシュアリティの問題について患者が相談したいときに相談先が明確にわかるよう、その窓口の設置と患者に明確に案内する方法を整えることである。

C. プライバシーが配慮された個室環境を整える

このケアは、患者がセクシュアリティの問題についてプライバシーが保護され、相談しやすい個室環境を整えることである。

D. セクシュアリティのケアの質を維持するための看護基準・業務マニュアル・教材等を整える

看護師がセクシュアリティの問題への対応に困ったとき、知識が得られる基準やマニュアルを整えておくことである。患者への看護ケアの質の維持のためにも重要といえる。

E. セクシュアリティの問題に対し、看護師のための相談・支援体制を整える

患者から相談を受け対応に困った際、適切な支援が受けられるよう看護師の相談・支援体制を整えることである。セクシュアリティの看護ケアの中核になる人材の存在が重要であり、その人物の配置等にも配慮が必要である。

F. セクシュアリティのケアの向上を目指した看護師のための体系的教育体制を整える

このケアは看護師対象の性の体系的教育体制を整えることある。教育内容は「人間にとっての性とは」「疾患と性に関連する知識」「ロールプレイング等取り入れたコミュ

ニケーション技術」「看護師が自身のセクシュアリティを認識できる学習」などがあげられた。

G. 医療チーム体制を整える

医療チームでのカンファレンスの開催で患者情報を共有する機会を整えることである。

H. 多職種間・多領域間の円滑な連携体制を整える

セクシュアリティのケアに必要な多領域（泌尿器科・循環器内科等）との円滑な連携体制を整えることである。このケアは、勃起不全で薬物療法を希望する患者に安全な医療を提供するためにも重要なケアである。

【患者・パートナー（家族）に対するセクシュアリティの直接ケア】

a. セクシュアリティを含めた患者の全体像の理解のもと、看護過程を実践する

セクシュアリティを含めた患者情報により患者の全体像を理解して看護過程を実践することを示す。患者を包括的にとらえる際、セクシュアリティは不可欠な視点である。

b. 慢性疾患とセクシュアリティの関連についての一般的知識・対処の情報提供を行い、個別の相談対応（場所・相談対応者・方法）について説明する

患者が慢性疾患とセクシュアリティの関連についての一般的知識・対処に関する情報が得られるように支援し、希望する場合個別相談を受ける用意があることを発信することを示す。患者が個別相談を受けるかどうか選択できるように配慮することが重要である。

c. 患者のパートナー（家族）の思いを確認しつつ、セクシュアリティの問題について傾聴し、看護過程を実践する

患者だけではなく、パートナー（家族）も共にケアの対象とすることを示す。セクシュアリティの問題は家族を含めて対応することが必要である。

d. セクシュアリティの問題について、患者の思いをゆっくりと向き合い傾聴し、患者理解のもと、看護過程を実践する

セクシュアリティの問題はプライバシーに深く関わり、患者看護師関係が良好に構築されてこそ良いケアが実践可能となる。時間をとり患者と向き合い傾聴し、患者の思いを理解し看護実践を行う重要性を示す。

e. セクシュアリティの問題に応じて看護師は多職種や多領域と連携し看護実践する

患者の思いを代弁して医師に伝えたり、チーム医療で患者の全体像を捉えたりする際、看護師は連携において重要な役割を担う。医療チームの中でも看護師が患者の話を聞く最も適任者である事が示されていた。

f. 看護師の適切な教育・指導・支援体制のもと、看護実践する

セクシュアリティの看護ケアの中核となる人材の支援・指導を受けつつ実践を行うことを示す。看護師間において性の問題を語り易い雰囲気構築することが、ケアの向上に重要であると示されていた。

g. 看護師がセクシュアリティの問題の対処を自己の役割であると認識し看護実践する

看護師がセクシュアリティの問題の対処を自己の役割と認識し、感性を高めることが重要である。患者の性の悩みのサインを受けとめることにつながるのである。

h. 看護師は患者のセクシュアリティに向かい合う上で倫理観のもと看護実践する

性の看護に携わる上で倫理観は重要である。患者の性の尊厳を尊重すること、患者の性に関わるうえで他職種ともに倫理観を高め合い実践することの重要性を示す。

Ⅳ 考 察

本研究において国内外の21文献から、慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティに対する16の看護ケアが明らかになった。16の看護ケアは【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】【患者・パートナー（家族）に対するセクシュアリティの直接ケア】の2つのカテゴリーに分けられた。この2つのカテゴリーをみると、セクシュアリティの看護ケアは実践の場である環境や医療システムを整えた上で看護実践することが重要であることがわかる。

【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】では、患者のセクシュアリティを含めた情報収集や記録物の整備、プライバシーが保護された個室の相談窓口の設置と案内、看護師のためのマニュアルや支援・教育体制の整備、医療チームや他職種間の連携の重要性を唱えている。

【患者・パートナー（家族）に対するセクシュアリティの直接ケア】では、セクシュアリティは人間の基本的人権であり、患者の全体像を捉える上で不可欠な視点であると理解し、患

者との信頼関係のもと、自らも知識や倫理観を高め実践すべきことがわかる。

〈b. 慢性疾患とセクシュアリティの関連についての一般的知識・対処の情報提供を行い、個別の相談対応（場所・相談対応者・方法）について説明する〉では、症状の慢性性という特徴から、自己の慢性疾患とED等のセクシュアリティの問題との関連に気付かずに1人で悩む男性患者が多いことから、疾患とセクシュアリティの関連の知識・情報提供・個別相談対応の発信が大変重要と言える。また、齋藤は、患者のプライバシーには「放っておいてもらう権利」、「個人が性的自由を保障される権利」の2つの側面があり、「放任」と「関与」との相反する2つの要素を共に要求するアンビバレンツを含むことを述べている⁹⁾。セクシュアリティの問題はプライバシーに深く関わる問題であるため、重要なのはこれら情報提供により患者が自らの身体を感じ、今後の対応を自らの意思で選択できるよう医療者が整えることであろう。

〈f. セクシュアリティのケアの向上を目指した看護師のための体系的教育体制を整える〉〈g. 看護師の適切な教育・指導・支援体制のもと、看護実践する〉では、看護ケアを実践する看護師の教育の重要性が浮き彫りとなった。ケアラベルを抽出した該当論文の内容では、単なる性に関する基礎知識教育のみではなく、「人間にとっての性」「性について語り合うコミュニケーション技術のロールプレイング」「自身のセクシュアリティを認識する」など、患者との関係性の構築や看護師自身の人間性の豊かさを広げる教育の必要性が述べられていた。

セクシュアリティの看護ケアには、単に医

療知識だけではなく、医療に関する高度な知識と技術のもと、豊かな人間性を培うことが求められるといえる。また、同時に高い倫理観のもと患者のケアに携わることが求められるが、これは単に看護師のみではなく、連携する医療チームや医療機関全職員の高い倫理観が求められる。

以上、セクシュアリティの看護ケアが充分に実践されていない現状において、医療職者に対してセクシュアリティの看護ケアの指導・教育で中核を担うことができる人材の育成・配置、看護ケアの創造を目指す看護研究の取り組みの促進がその質の維持・向上を目指す上で今後の急務の課題といえる。

V 結 論

本研究において国内外21文献から2つのカテゴリーから成る16の慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケアが導出された。

【環境およびシステムを整えるセクシュアリティの看護ケア】では、男性のセクシュアリティの看護ケアを実践する上で整えるべき8つの環境や医療システムが明らかとなった。

【患者・パートナー(家族)に対するセクシュアリティの直接ケア】では、セクシュアリティの看護ケアは実践の場である環境や医療システムを整えた上で、患者とパートナー(家族)ともに実践すべき8つの看護ケアが明らかとなった。これらの実践は看護師のみでなく、多職種・多領域にわたる連携、医療機関全職員の高い倫理観が前提となり、その質の維持・向上を目指すことができるといえる。

VI 研究の限界

本研究で明らかとなった慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケアは、文献データベース検索された文献から導出したものである。データベースに掲載されていない文献におけるケアの視点もあると推測される。また、慢性疾患をもつ男性のセクシュアリティの看護ケアの創造に関する看護研究は希少であり、今回は論文から看護ケアへの示唆を読み取りまとめたことも大きな限界と考えられる。今後は男性のセクシュアリティの看護ケアに関する看護研究の積み重ねにより本領域の発展に努めることが重要といえる。

引用参考文献

- 1) 植木彬夫：神経障害によるED，診断・治療の現状と限界，Diabetes Frontier, 13, 778-782, 2002.
- 2) 松岡孝：糖尿病患者における勃起不全，プラクティス, 23 (1), 16-17, 2006.
- 3) 長谷川万希子：ED治療の最初の一步－患者が医師に望むこと(年代別のニーズを探る)－，性差と医療, 1(4), 469-474, 2004.
- 4) 前掲書1)
- 5) 小松浩子，野村美香，岡光京子 他：老いと慢性病をもつことによる高齢者へのセクシュアリティへの影響，聖路加看護学会誌, 5(1), 41-50, 2001.
- 6) 簗持知恵子，小松浩子：心筋梗塞という病が病者の性に与える意味，聖路加看護学会誌, 5(1), 51-57, 2001.
- 7) 野村美香，小松浩子，伊藤恵美子 他：慢性病をもつ高齢者の性に対する看護婦の

- 認識. 老年看護学, 6(1), 123-128, 2001.
- 8) 瀬川直樹, 伊夫貴直和, 能見勇人: 慢性疾患患者におけるED発症に関する院内実態調査, 日本性機能学会雑誌, 23(3), 283-291, 2008.
- 9) 齋藤有紀子: 性と向き合うとき. 難病と在宅ケア, 7(10), 7-9, 2009.

【分析対象文献】

〈国内文献〉

- ① 酒井綾子, 水野正之, 濱本洋子, 他: 前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態と看護援助経験をもつ看護師の認識. 日本看護研究学会雑誌, 35 (4), 57-64, 2012.
- ② 池田健太郎, 古川慎哉, 清水大樹, 他: 糖尿病療養女性スタッフを対象としたErectile dysfunction(ED)に関する意識調査. 愛媛医学, 31(1), 12-16, 2012.
- ③ 兼宗美幸, 筑後幸恵: 「人間の性」に関わる看護ケアに影響する意識 女性看護師の場合. 日本看護学会論文集 看護管理, 37, 397-399, 2007.
- ④ 城川奈津江, 小寺恵美, 出村淳子, 他: 造血細胞移植後患者の退院後のセクシュアリティに関する実態調査. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 37, 229-231, 2007.
- ⑤ 山内美恵子: 患者の性的言動に遭遇した時の看護師の態度の類型化に関する研究 個人態度構造分析から. 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 389-391, 2006.
- ⑥ 黒沢文子, 海老根聖子, 渡辺敏江: 看護現場における患者の性的行動と看護師の対応の現状, 日本看護学会論文集 看護管理, 34, 247-248, 2004.
- ⑦ 赤嶺依子, 国吉緑, 外間実裕, 他: 老人ホームケアスタッフにおける「高齢者の性」に対するイメージの研究 基本的属性との関連性. 日本性科学会雑誌, 21 (1), 18-23, 2003.
- ⑧ 朝倉京子: 看護職者の「セクシュアリティに対する態度」に影響を与える要因. 看護研究, 36 (6), 509-516, 2003.
- ⑨ 岡田貴子, 本田育美, 大町弥生: 看護者の性に対する認識がケアに与える影響. 日本看護学会論文集 母性看護, 32, 84-86, 2002.
- ⑩ 旗持知恵子, 小松 浩子: 心筋梗塞という病が病者の性に与える意味. 聖路加看護学会誌, 5(1), 51-57, 2001.
- ⑪ 小松浩子, 野村美香, 岡光京子, 他: 老いと慢性病をもつことによる高齢者へのセクシュアリティへの影響. 聖路加看護学会誌, 5(1), 41-50, 2001.
- ⑫ 高村寿子, 松本 鈴子, 神山幸枝, 他: 看護職のセクシュアリティ 性の認識と看護の現状と今後の課題. 自治医科大学看護短期大学紀要3巻, 53-64, 1994.
- ⑬ 工藤祝子, 岸真知子, 姫野憲子, 他: 入院患者のセクシュアリティと看護チームでのとりくみとプライバシー尊重の実態. 日本看護学会集録24回 看護管理, 67-69, 1993.

〈海外文献〉

- i. Chris Quinn, Brenda Happell: Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. Perspectives in

- Psychiatric Care, 49, 13–20, 2013.
- ii . Chris Quinn, Brenda Happell: Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 154–162, 2012.
 - iii . Nina Saunamaki, Matilda Andersson, Maria Engstrom: Discussing sexuality with patients:nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6),1308–1316, 2010.
 - iv . Roger Green, Slavica Kodish: Discussing a sensitive topic: Nurse practitioners' and physician assistants' communication strategies in managing patients with erectile dysfunction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 698–705, 2009.
 - v . T. Jaarsma, A. Strömberg, B. Fridlund et al: Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 1–6, 2009.
 - vi . Rona Rubin: Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing standard*, 19(24), 33–37, 2005.
 - vii . Barbara A: The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *Journal Of Clinical Nursing*, 12(4), 571–578, 2002.
 - viii . DAVID PONTIN, TIM PORTER, RURAIDH McDONAGH et al: Investigating the effect of erectile dysfunction on the lives of men: a qualitative research study. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(2), 264–72, 2002.

ライフサイクルを見据えた生と性健康教育を目指して

松田ウイメンズクリニック

山崎 真子

Matsuda Womens Clinic

YAMASAKI Masako

【諸 言】

昨今、性教育に対して「寝た子を起こすな」的な考え方や政治の介入、文部科学省指導要綱による制限等により性教育の授業時間数・内容ともに乏しく、正しい性の知識を知る機会や意識のあり方を考える機会が少ない¹⁾²⁾。しかしその反面、性を売り物にした性産業の歪んだ情報が氾濫・蔓延しているのが現状である。

またよくありがちな性教育として、命は尊いものとしての美化論・神秘論、SEXはまだ早いとする制限論、避妊法としての技術論で、性を語る傾向にある³⁾。

私は「生＝大切な命：これから生きていく」「性＝自分の性・パートナーの性：これから新たな命を育む可能性がある」との考えから『生と性健康教育』と捉え、子どもたちがライフサイクルを見据えた性教育により自分で自分の人生を選択できるよう正しい性への知識を深め、更には意識のあり方について考える機会となりえるように講話を行っている。

平成26年度に講話依頼のあった中学生と指導者(教諭/養護教諭/助産師)の知識と意

識を把握するために、講話前・後アンケート調査を行ったので取り組みと合わせて報告する。

【ライフサイクルを見据えた生と性健康教育講話の取り組み】

- ① 学校担当者と打ち合わせ。その際、学校の性教育への意識・困り感・悩み等を聴くと同時に、生徒の様子、雰囲気把握した。
- ② 講話前アンケート調査：講話3週間前に実施した。
- ③ アンケート調査結果と打ち合わせの際感じたことを踏まえスライド・資料を用意した。なお、講話の時間に限りがあるため、後に生徒や指導者が振り返り読めるよう文章化した資料を作成した。
- ④ 講話当日、「自分の人生」のスライド(図1)を用い、自分で自分の人生を選択できるよう、将来像をイメージする「ワーク」を取り入れながら講話を実施した。「ワーク」は、まず生徒に“人生の終わりの場面”を具体的に思い浮かべてもらい(何歳頃で誰に看取られたいか等)、そこ

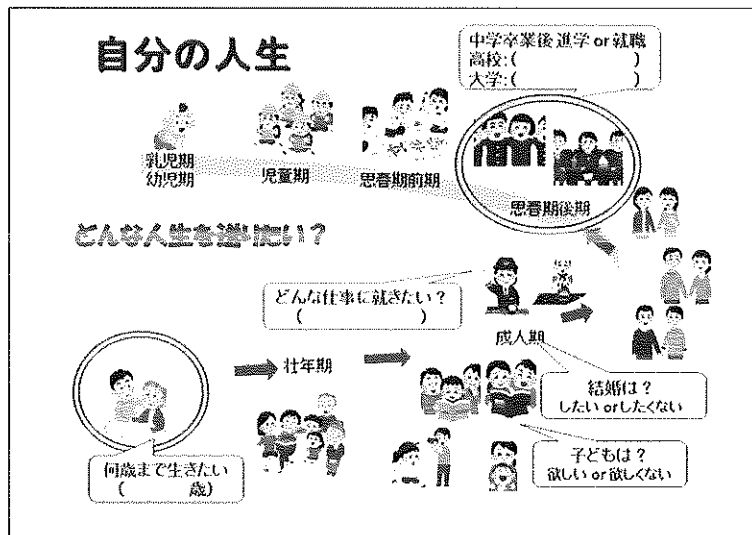


図1 「自分の人生」=人生をイメージする際に用いるスライド

からさかのぼり、そのような最後を迎えるにあたり⇒ならば子どもは欲しいと思うのか? そうではないのか? ⇒結婚はしたいと思うのか? そうではないのか? ⇒どのような仕事に就きたいと思っているのか? ⇒そのための進路についてどう考えているのか? と、ライフイベントでの「人生の選択」を想像し、人生の終わりから今の自分につなげる過程をたどった。その後「今の状況」から人生の選択をするのではなく、「理想の将来像」に近づけるために「今、どう行動していくことが良いのか?」をしっかりと考えて人生の選択をして欲しいと伝えた。

さらに、予期せぬ妊娠・性感染症感染などで「理想の将来像」の変更を余儀なくされないよう、仕事などの優先により産める時期を逃さないよう、事例を挙げながらメッセージを添えた。最後に性への知識を深める内容構成とした。

⑤ 講話後アンケート調査：講話後のホーム

ルームに実施した。

- ⑥ 性の意識について他者の考えに触れることを目的とし、講話前・後のアンケート比較結果・生徒の感想等まとめた資料を講話1～2週間後に生徒へ配布した。

【アンケート調査方法】

〈対象者〉

- 生徒：生と性健康教育講話依頼のあった6中学校10学年。講話前アンケート1256名(1年：男子178名/女子148名, 2年生：男子248名/女子216名, 3年生：男子217名/女子249名)。講話後アンケート1256名(1年：男子179名/女子147名, 2年生：男子238名/女子225名, 3年生：男子209名/女子258名)。

※前と後で対象者が若干名異なる(当日の欠席の都合により)。

※前と後で同様のアンケート内容だが、性知識の質問は学年に応じて選択あり。

表1 アンケート質問内容

～性知識の質問～	～性意識の質問～
1. 子宮の機能について 2. 卵巣の機能について 3. 卵管の機能について 4. 月経と排卵の仕組みについて 5. 帯下(おりもの)について 6. 精巣の機能について 7. 勃起の仕組みについて 8. 射精について 9. マスターベーション(自慰)について 10. 性的接触(性交)について 11. 妊娠のしくみについて 12. 避妊法について 13. 緊急避妊法について 14. 性感染症について 15. 二次性徴 16. 性同一性障害 ※学年により選択あり	① 自分を大切にしようと思う ② 人を大切にしようと思う ③ ライフコース(人生の選択)をしっかり考えて選択したいと思う ④ 性行動にまつわる場面で、しっかりと自分の意思表示(嫌な時は嫌だと言える等)をしようと思っている。 ⑤ また、その時(④の場面で)、実際にできると思う ⑥ 将来、結婚したいと思っている ⑦ 将来、子どもが欲しいと思っている ⑧ 子どもが産める時期があることを知っていた ⑨ 義務教育を終えるまで(中学3年生)に、ちゃんと性教育すべきだと思う ※⑥⑦⑧には詳細質問もあり ※全学年共通

- 指導者：講話依頼のあった中学校，および研修会等の参加者。講話前アンケートのみ100名(教諭73名＝男性40名/女性32名，養護教諭&助産師27名)

〈アンケート内容〉

「性知識」16問，「性意識」9問(項目によっては詳細質問あり)について調査した(表1)。

〈アンケート評価方法：10スケール〉

- 知識：知らない＝0，聞いたことがある＝5，よく知っている＝10
- 意識：思わない/知らない＝0，どちらとも言えない＝5，そう思う/知っていた＝10

※統計学処理は χ^2 検定およびBenjamin-Hochberg法にて適宜行い，全ての検定において統計的な有意差判定に用いたp値は1%水準とした。

【アンケート調査結果】

I 講話前・後のアンケート結果(表2)(表3)

(1) 性知識の変化(表2)

講話前の知識において異性の項目の平均値は低かったが，男女ともに講話後は平均値が上昇していた。

講話前→後の変化で特に学ぶ機会が少ない項目である[勃起]男子3.7→6.9/女子2.8→6.0，[マスターベーション]男子2.6→6.5/女子2.0→6.1，[避妊法]男子2.2→6.1/女子3.9→7.7，[緊急避妊法]男子1.5→5.9/女子2.4→7.5，[性感染症]男子2.2→5.6/女子2.8→6.9，の平均値が上昇していた。

また，1年生対象の[二次性徴]男子2.8→7.6/女子3.4→8.1，[性同一性障害]男子2.7→7.7/女子3.1→8.0と上昇していた。

しかし[性感染症]で3年生対象の詳細質問については，講話後エイズを除いて平均値5＝「聞いたことがある」前後であった。

表2 講話前・後 性知識の変化

(平均値)

性知識	全学年男子		全学年女子	
	前 (n=643)	後 (n=613)	前 (n=629)	後 (n=630)
1. 子宮の機能	4.6	6.5	5.9	7.8
2. 卵巣の機能	4.3	6.3	5.3	7.5
3. 卵管の機能	3.7	6.1	4.6	7.1
4. 月経と排卵	3.9	6.3	6.6	8.3
5. 帯下	1.5	5.6	6.5	8.2
6. 精巣の機能	4.4	6.7	4.3	6.6
7. 勃起の仕組み	3.7	6.9	2.8	6.0
8. 射精について	4.9	7.1	4.0	6.6
9. マスターベーション	2.6	6.5	2.0	6.1
	2・3年男子		2・3年女子	
	前 (n=465)	後 (n=447)	前 (n=465)	後 (n=483)
10. 性的接触	4.2	6.5	4.7	7.3
11. 妊娠仕組み	4.6	6.4	6.4	8.1
12. 避妊法	2.2	6.1	3.9	7.7
13. 緊急避妊法	1.5	5.9	2.4	7.5
14. 性感染症	2.2	5.6	2.8	6.9
	3年生男子		3年生女子	
	前 (n=115)	後 (n=108)	前 (n=136)	後 (n=140)
①エイズ	3.6	5.9	3.3	6.4
②クラミジア	0.8	4.8	0.7	5.2
③梅毒	0.9	4.8	0.8	5.2
④尖圭コンジローマ	0.8	4.5	0.6	4.7
⑤性器ヘルペス	1.2	4.8	0.9	5.0
	1年生男子		1年生女子	
	前 (n=178)	後 (n=179)	前 (n=148)	後 (n=147)
15. 二次性徴	2.8	7.6	3.4	8.1
16. 性同一性障害	2.7	7.7	3.1	8.0

(2) 性意識の変化 (表3)

講話前の意識において、④[性行動にまつわる場面で、嫌なことは嫌だなどしっかり自分の意思表示をしようと思っている]は男子7.8/女子8.6と平均値は高値を示したが、⑤[その場面で実際にできると思うか]は男子6.2/女子6.0と平均値は2前後低かった。⑥[将来結婚したいと思う]男子6.4/女子7.4、⑦[将来子どもが欲しいと思う]男子6.5/女子7.3と平均値は7前後あったが、⑧の[子どもが産める時期があることを知っていた]は男子3.4/女子4.7と平均値は⑥⑦の平均値よりも3前後低かった(表3)。知識と同様に

表3 講話前・後 性意識の変化

(平均値)

性知識	男 子		女 子	
	前 (n=643)	後 (n=613)	前 (n=629)	後 (n=630)
①自分を大切にしたい	8.0	8.8	8.4	9.0
②人を大切にしたい	8.8	9.1	9.3	9.4
③ライフコース	8.3	8.9	8.6	9.2
④意思表示できるか	7.8	8.5	8.6	9.0
⑤実際にできるか	6.2	7.4	6.0	7.2
⑥結婚したい	6.4	7.4	7.4	7.9
⑦子どもが欲しい	6.5	7.2	7.3	7.9
⑧産める時期	3.4	7.5	4.7	8.3
⑨義務教育中の性教育	6.0	7.3	6.9	8.0

意識も男女ともに講話後は平均値が上昇した。講話前→後の意識の変化の上昇ポイントは⑤[その場面で実際にできると思うか]が男子女子ともに1.2、⑧[子どもが産める時期があることを知っていた]が男子4.1/女子3.6、⑨[義務教育を終えるまで(中学3年生)に、ちゃんと性教育をすべきだと思う]が男子1.3/女子1.1と他の項目より大きかった。

Ⅱ 結婚・妊娠・妊孕性の意識の講話前→後の変化

⑥[将来、結婚したいと思っている]⑦[将来、子どもが欲しいと思っている]の平均値はそれぞれ男子6.4→7.4/女子7.4→7.9、男子6.5→7.2/女子7.3→7.9と上昇した(表3)。

⑥[将来、結婚したいと思っている]その詳細質問として結婚年齢についての変化を示した(表4)。男女ともに講話後に[20～24歳]が有意に増加し、[30歳以上]が有意に低下した。

⑦[将来、子どもが欲しいと思っている]その詳細質問として子どもの人数についての変化を示した(表5)。男女ともに講話後に[子どもは欲しくない]が有意に低下した。

表4 講話前・後 結婚年齢の変化(割合)

結婚希望年齢	男 子			女 子		
	前 (N=528)	後 (N=520)	p 値	前 (N=528)	後 (N=541)	p 値
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
～19歳	7 (1.3%)	4 (0.8%)	0.3768	3 (0.6%)	2 (0.4%)	0.6344
20～24歳	125 (23.7%)	171 (32.9%)	<0.01	196 (37.1%)	262 (48.4%)	<0.01
25～29歳	247 (46.9%)	271 (52.1%)	0.08	248 (47.0%)	228 (42.1%)	0.1125
30歳以上	66 (12.5%)	29 (5.6%)	<0.01	32 (6.1%)	12 (2.2%)	<0.01
したくない	83 (15.7%)	45 (8.7%)	<0.01	49 (9.3%)	37 (6.8%)	0.142

表5 講話前・後 子どもの人数の変化(割合)

子どもの希望 人数	男 子			女 子		
	前 (N=542)	後 (N=534)	p 値	前 (N=539)	後 (N=545)	p 値
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
1人	71 (13.1%)	50 (9.4%)	0.052	28 (5.2%)	25 (4.6%)	0.643
2人	276 (50.9%)	336 (62.9%)	<0.01	286 (53.1%)	319 (58.5%)	0.07
3人	95 (17.5%)	81 (15.2%)	0.296	139 (25.8%)	141 (25.9%)	0.975
4人以上	16 (3.0%)	13 (2.4%)	0.6	28 (5.2%)	21 (3.9%)	0.288
欲しくない	84 (15.5%)	54 (10.1%)	<0.01	58 (10.8%)	39 (7.2%)	<0.01

表6 講話前・後 妊孕性の変化(割合)

産める時期	男 子			女 子		
	前 (N=601)	後 (N=620)	p 値	前 (N=551)	後 (N=604)	p 値
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
35～38歳	245 (40.8%)	162 (26.1%)	<0.01	265 (37.2%)	128 (21.2%)	<0.01
39～42歳	154 (25.6%)	385 (62.1%)	<0.01	157 (28.5%)	410 (67.9%)	<0.01
43～46歳	100 (16.6%)	52 (8.4%)	<0.01	117 (21.2%)	58 (9.6%)	<0.01
47～50歳	70 (11.6%)	16 (2.6%)	<0.01	59 (10.7%)	5 (0.8%)	<0.01
51～54歳	32 (5.3%)	6 (1.0%)	<0.01	13 (2.4%)	3 (0.5%)	<0.01

男子では[2人]と答えた生徒が有意に増加したが、女子では欲しい子どもの人数の変化は講話前後で認められなかった。

⑧[産める時期があることを知っている]その詳細質問として何歳頃までだと思うかについての变化を示した(表6)。男女ともに講話後で[39～42歳]が有意に増加し、その他の年齢が有意に低下した。

Ⅲ 時系列での変化(表7)

とある中学校にて2年時・3年時と続けて講話を担当したので、学校で学ぶ機会が少ない・教科書に説明のない項目を中心に結果を

時系列にまとめた。講話後一旦知識は高まるものの、1年経つと低下した。しかし2年目講話後は、概ね一番知識が高まった。

Ⅳ 指導者の知識・意識について(表8)

生徒たちの指導者を男性教諭/女性教諭/養護教諭&助産師に分けて知識平均値を比較した。[卵管][精巣][緊急避妊法]は養護教諭&助産師の知識平均値は高かったものの、それ以外の項目は女性教諭または男性教諭が高い結果となった。

[妊娠の仕組み][避妊法]は男性教諭/女性教諭/養護教諭&助産師は同様の値だった

表7 とある中学校時系列の変化

(平均値)

時系列	男 子				女 子			
	中2 前	中2 後	中3 前	中3 後	中2 前	中2 後	中3 前	中3 後
	n=55	n=55	n=57	n=54	n=63	n=65	n=66	n=68
5. 帯下	1.2	5.3	1.8	6.4	6.3	8.3	7.1	8.5
7. 勃起	3.0	5.8	4.7	7.6	3.5	6.2	4.7	7.1
8. 射精	5.2	6.2	4.9	7.3	5.0	6.5	5.0	7.1
9. マスターベーション	1.9	5.2	3.4	6.7	2.4	5.5	3.3	6.9
10. 性的接触	3.7	5.7	4.5	7.2	5.4	7.4	5.8	7.9
12. 避妊法	2.1	5.8	3.1	7.0	3.6	7.8	4.9	8.4
13. 緊急避妊法	1.2	5.7	2.1	6.9	2.3	7.6	3.1	8.1
14. 性感染症	1.4	5.2	1.3	7.1	2.4	6.9	1.0	7.8
⑧産める時期	4.6	6.0	3.6	7.8	6.5	7.8	5.8	7.6

表8 講話前 指導者の知識と意識

(平均値)

	男性教諭 n=40	女性教諭 n=32	養護教諭 &助産師 n=27
1.子宮の機能	6.8	8.4	8.3
2.卵巣の機能	6.8	8.2	8.0
3.卵管の機能	6.1	7.8	7.9
4.月経と排卵	6.9	8.6	8.3
5.帯下	5.7	8.1	8.0
6.精巣の機能	7.5	7.5	7.6
7.勃起の仕組み	8.2	7.4	7.7
8.射精について	8.7	7.7	7.7
9.マスターベーション	8.6	7.8	7.8
10.性的接触	8.6	8.3	8.0
11.妊娠仕組み	8.4	8.6	8.5
12.避妊法	8.3	8.4	8.2
13.緊急避妊法	6.0	7.0	7.6
14.性感染症	7.3	7.8	7.8
⑧産める時期	7.7	9.2	7.6
⑨義務教育中の性教育	9.3	9.7	9.5

表9 講話前 指導者の知識・意識「妊孕性について」の理解の現状

	一般教諭 n=73	養護教諭&助産師 n=27	中学生 n=1256
妊孕性の知識平均値	8.4	7.6	4.0
43歳以上でも妊娠可能と考えている割合	43%	33%	34%

が、[緊急避妊法]は男性教諭が平均値6と低かった。

指導者の妊孕性について理解の現状を示した(表9)。講話前における指導者の妊孕性の知識平均値は一般教諭8.2/養護教諭&助産師7.6と、中学生4.0の約2倍あるものの、具体的に[妊娠は何歳頃まで可能だと思うか]との質問に対しては、[43歳以上でも妊娠可能]と認識している一般教諭は43%/養護教諭&助産師は33%/中学生34%と3群間で有意差はなかった。

【考 察】

I 講話前・後のアンケート結果について

(1) 講話前の知識において、異性の項目の知識は低く、学ぶ機会の少ない[性感染症]や教科書に説明のない[勃起][マスターベーション][避妊法][緊急避妊法]の知識が極めて乏しかったが、講話後にこれらの平均値が大きく上昇したことから学ぶ意識の高さや学ぶ必要性を感じたと考えられる。

最近、誤ったマスターベーションによる射精障害も問題となっている⁴⁾。

不妊予防の観点からも、興味・関心の出ているこの時期に「正しいマスターベーションの方法」についても伝えていく必要がある^{4) 5)}。

〔二次性徴〕〔性同一性障害〕について平均値が大きく上昇していることから理解が深まったことがわかる。からだの変化が著しいこの時期に正しい知識・意識のあり方を伝えることで、個人差・ジェンダーアイデンティティの理解・他者理解につながると考える⁶⁾。

〔性感染症〕その詳細質問の平均値は大きく上昇したものの平均値5＝「聞いたことがある」程度にとどまっており、一度の説明では不十分であった。若年層の性感染症は蔓延しており⁷⁾早期治療をしなければ将来不妊の原因となることから、反復した性教育が不妊予防につながると考える。

予期せぬ妊娠や予防可能な不妊原因などで理想の将来像の変更を余儀なくされないよう、学ぶ機会を提供していきたい。

(2) 講話前の意識において、アンケートの結果から〔性行動にまつわる場面で、嫌なことは嫌だなどしっかり自分の意思表示をしようと思っている〕の平均値は高値だが、〔その場面で実際にできると思うか〕の平均値は2も低下し、実際に意思表示をできるのか生徒たちの自信のなさがうかがえた。その背景の1つとして、「嫌われたくない」など自分自身の気持ちよりもまずは2人の関係性を優先しようと相手の要求に応じてしまうことがある。「意思表示をしないとどうなるのか」と生徒に問いかけ、その結果もたらされることを想像し、意識するよう促すことが大切である。生徒とともに性のあり方を考える必要性を感じる。

⑥〔将来結婚したいと思う〕⑦〔将来子ども

が欲しいと思う〕の平均値は6～8前後あるものの、⑧の〔子どもが産める時期があることを知っていた〕の平均値は⑥⑦の平均値よりも3前後低かった。妊孕性については、今後高校の副読本で取り扱われるものの、高校へ進学しない生徒や中退する生徒は知る機会を逃す恐れがあり、義務教育期間に女性には産める時期があると伝えなければならない。

また、近年の晩婚化・晩産化傾向を踏まえ⁸⁾、妊孕性について理解した上でライフサイクル(結婚・出産・子育て等)を見据えた人生を選択できるよう手助けしていきたい。

Ⅱ 結婚・妊娠・妊孕性の意識の講話前→後の変化について

講話後の意識において、〔将来、結婚したいと思っている〕〔将来、子どもが欲しいと思っている〕の平均値は上昇し、〔結婚年齢30歳以上〕〔結婚したくない〕〔子どもは欲しくない〕と答えた割合は低下した。

妊孕性についても〔43歳以上でも妊娠可能〕と答えた割合が、34%から12%に有意に低下した。

今＝現在を考えがちな年代の生徒たちにとって「自分の人生」のスライド(図1)を用いた「ワーク」が、どのような人生を過ごし、そのためにどのような人生の選択をすべきか妊孕性とともを考えるきっかけになり、結婚年齢や子どもの人数に変化をもたらしたと考えられる。

Ⅲ 時系列での変化について

ある中学校の時系列の結果から、一度伝えた性の知識は講話後には一旦は高まるもの

の、1年経つと大幅に低下した。これは性について学ぶ機会・触れる機会が乏しいがゆえに忘れてしまうのではないかと推察できる。しかし、2年目実施後は一番知識が高まったため、繰り返し伝えていくことで理解を深められると考える。

Ⅳ 指導者の知識・意識について

指導者の知識平均値を男性教諭/女性教諭/養護教諭&助産師と比較すると、アンケートの結果からはたしてこれは学んだ知識として「知っている」ということなのか？それとも経験から「知っている」ということなのか？疑問の残る結果となった。

また、指導者の妊孕性の知識平均値は中学生の約2倍あるものの、[43歳でも妊娠可能]と誤った認識をしている割合は一般教諭/養護教諭&助産師/中学生の3群間で有意差がなく、年齢・職種に関係なく同程度の認識であった。つまり、性についてしっかりと学んでいない指導者=大人は「知っている」と答えているものの、必ずしも正しい知識とは限

らないことを裏付けている(図2)。

【おわりに】

『ライフサイクルを見据えた生と性健康教育』を「自分の人生」のスライドを用いて生徒と一緒に「ワーク」することが将来のイメージを容易にし、生徒は人生の選択において性教育の必要性を感じたと思われる。さらに多くの生徒の感想から、将来をイメージするからこそ自分のからだだけでなく異性のからだも理解しよう、自分もひと大切にしようという気持ちを感じられた。自分で人生を選択生きていくうえで、アイデンティティを意識し、自己理解また他者理解し互いに尊重しながら最適な判断をして欲しいと願う。

将来子どもを欲しいと考えているならば、不妊予防の観点から教科書に載っていない[産める時期があること][マスターベーション][性感染症]について知っておく必要があり、また、予期せぬ妊娠を予防するためには[避妊法][緊急避妊法]についても知っておくべきである。しかしながら性教育の授業時

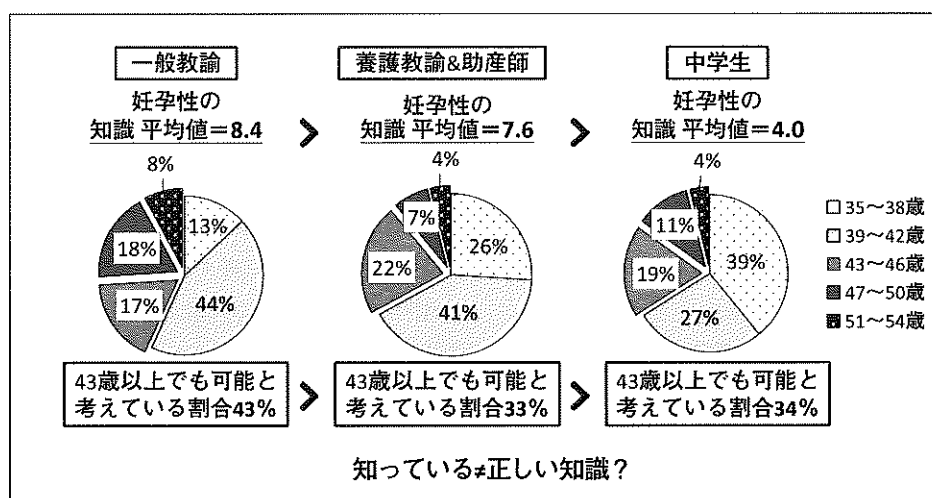


図2 講話前指導者の知識・意識「妊孕性について」の理解の現状

間数・内容ともに乏しい学校現場では伝えられていない現状があるため、我々医療従事者が講話等とおして「正しい性情報」をエビデンスを基にしっかりと伝えていかなければならない。

それは生徒のみならず、生徒に性知識を伝える者である指導者・保護者に対しても同様であると考えます。

学ぶ機会の乏しい性について我々医療従事者が教育現場で「正しい性情報」を繰り返し伝えることにより、「各々自身が、将来を見据えた人生の選択ができ」、さらには子どもたちの素敵な未来につながる。

今後も地道に『ライフサイクルを見据えた生と性健康教育』を続けていきたい。

【参考文献】

- 1) 田代美江子：季刊SEXUALITY No65. 日本の性教育を展望する―世界の中の日本―，2. 2014
- 2) 宋美玄：少女はセックスをどこで学ぶのか，株式会社徳間書店，東京，50-56，2014
- 3) 安達倭雅子：子どもと親と性と生，東京シュレー出版，東京，19-22，2009
- 4) 岡田弘：男を維持する「精子力」，ブックマン社，東京，104-106，2013
- 5) 村瀬幸浩：男子の性教育，大修館書，東京，48-78，2014
- 6) 針間克己・平田俊明：セクシャル・マイノリティへの心理的支援，(株)岩崎学術出版社，東京，192-198，2014
- 7) 今井博久：若年者の性感染症の現状と予防，現代性教育研究ジャーナルNo16: 1-8，2012
- 8) 厚生労働省：平成25年度版厚生労働白書―若者の意識を探る―本文，56-61p

二分脊椎男性のセクシュアリティに関する調査報告

帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科¹

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科²

(前) 摂南大学看護学部³, 岐阜大学医学部看護学科⁴

道木 恭子¹, 小野 敏子², 土居 悦子²

野田 洋子³, 足立 久子⁴

I. はじめに

二分脊椎は神経形成不全による神経系の機能障害と脊椎正中線上の骨形成不全による脊椎変形などの障害が生じる疾患を総称したもので¹⁾, 下肢機能, 排尿・排便機能, および性機能が様々な程度で障害される²⁾。二分脊椎者の性に関する研究は国内外ともに少なく, 性機能および性行動に関する詳細は明らかにされていない。筆者らは, 二分脊椎女性性の性について研究し, 性の健康を支援する目的で「二分脊椎女性のためのリプロダクティブヘルスケアガイドブック」を作成した。その経緯から, 二分脊椎男性性の性についても支援を検討していく必要性を感じ, 二分脊椎男性における性への関心および性機能や性行為の現状などについて調査をすることにした。今回, 「二分脊椎児者のセクシャル／リプロダクティブヘルス／ライツ教育の実践と評価」研究の一環として二分脊椎男性性にインタビュー調査を実施したので, その中のセクシュアリティに焦点をあてて報告する。

II. 方 法

1. 研究対象者

日本二分脊椎症協会会員のうち思春期から成人前期 (小学校高学年～40歳代) にある二分脊椎男性

2. データ収集期間

平成26年6月～平成27年5月

3. データ収集方法

日本二分脊椎症協会から該当年齢にある会員の紹介を受け, 研究依頼書・承諾書を郵送し, 返信のあった人のうち9人については個別にインタビューガイドを用いた半構成的面接を, 4人についてはフォーカスグループインタビューを実施した。

4. 調査内容

性への関心, 性機能, 性行為, 性に関する気がかり, パートナーについて語ってもらった。

5. 分析方法

協力者との対話およびグループインタビューの内容はICレコーダーに録音し, 逐語録を作成した。逐語録から, 性への関心,

性機能，性行為，性に関する気がかり，パートナーに関する語りを抽出しまとめた。

6. 倫理的配慮

協力者に対し，研究内容，目的を説明し，インタビューは強制ではないこと，途中でやめてもいいことを書面および口頭で説明し同意を得た。本研究は茨城県立医療大学倫理審査の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 協力者の概況

協力者の概況を表1に示す。平均年齢は 30.77 ± 6.73 歳(15～40歳)で，水頭症のある人9人，ない人2人，不明2人，移動は歩行8人，車椅子5人，排尿は自然排尿2人，自己導尿10人，いきみ1人，婚姻は既婚3人，未婚10人であった。また，学生は1名，他は就労していた。

2. 性への関心

性への関心については，「エッチなことに興味がある。」「雑誌やネットを見ている。」「女の子とエッチしたい」と関心のある人もいれば，「興味はあった。でも，病気のこともあり，自分にできるのか違和感があった。性に関した授業を聞いても自分にフィットしないから聞きたくなかった。」「友だちといやらしい話はしていた。オムツへの後ろめたさがあるが，異性の話はしていた。」と関心はあるが，性に関する話をすることは避ける人もおり，背景に【病気】があることや【オムツに対する後ろめたさ】があった。また，「ネットも見えないし，そういう話もしない。」と関心がない人もいた。

3. 性機能について

性機能については，協力者13人のうち，9人から勃起についての語りが聞かれた。「自分で大きくすることはできるが，持続しない。」「頭で興奮しても勃起につながらない。」

表1 協力者の概況

	年齢	水頭症	移動	排尿	婚姻
A氏	20代	有	歩 行	自 然	未婚
B氏	30代	有	車椅子	自 然	未婚
C氏	20代	有	歩 行	自己導尿	未婚
D氏	10代	有	車椅子	自己導尿	未婚
E氏	30代	有	車椅子	自己導尿	既婚
F氏	20代	不明	歩 行	自己導尿	既婚
G氏	30代	有	車椅子	自己導尿	未婚
H氏	30代	不明	歩 行	いきみ	未婚
I氏	40代	無	歩 行	自己導尿	既婚
J氏	30代	有	歩 行	自己導尿	未婚
K氏	20代	無	歩 行	自己導尿	未婚
L氏	20代	有	歩 行	自己導尿	未婚
M氏	30代	有	車椅子	自己導尿	未婚

「ペニスが大きくなっても、つねっても痛くない。」など【勃起しても不十分】で、【感覚がない】ことがわかった。射精については、8人から、「視覚から得る情報や、精神的なもの、直接的な感覚とは違ったことで射精する。感じないから出るものが出るという感じ。」「エッチな本を見るとトイレに行きたくなる。尿や便と射精がある」「射精反応がおきるときに失禁してしまうことがある。」など、射精はするが、【感覚がない】【出るものがでる】状態で、【失禁】を伴うとのことであった。

4. 性行為について

性行為については、経験のある人も、ない人もいた。経験のない人からは、「エッチに興味はあるけどセックスしようと思ったことはない。」「やったことがないから、セックスができるかどうかわからない。」「できないからそれ自体、自分の行動計画に入っていない。」という意見が聞かれた。また、経験のある人からは、「性行為はできるが、姿勢がとりづらい、足が厳しい、射精反応がおきるときに排便が誘発される。尿失禁も何回も経験している。射精が尿かわからないからエクスタシーに達するのが怖い。」「意図的に射精できないから、気持ちと行為をセーブしている。」など、性行為に【困難感】や【怖さ】を抱えていた。また、「オーガズムを感じることはできなくても、気持ちの中にオーガズムがある。見たり触ったりすると気持ちが変わる。自分なりの満足が得られればいい。」と【気持ちの中の満足】を得ている人もいた。

5. 性に関する気がかり

気がかりについては、「子どもができるか。

自分は、子どもができないと思っている。」「小さい頃から子どもができないことへの覚悟はできているけど、相手はほしいのはいか。」「結婚相談所に入会したが、お見合い相手から子どもができるか確認された。」「二分脊椎は遺伝すると聞いている。」など【子どもができるか】と【遺伝】に関する気がかりが聞かれた。

6. パートナーについて

パートナーがいる人も、いない人もいた。パートナーがいない人は、「結婚は、あまり考えない。そういったことは諦めた。彼氏が常時紙おむつはどうか。セックスは感じない。麻痺している。例えば浮気した時に相手できない。しょうがないという負い目を感じたくない。」「相手に二分脊椎について話すのが難しい。オムツをしていることを伝えるタイミングが難しい。子どもができないかもしれないことも、付き合いはじめに話すと結婚を迫っているようだし、後で話すのだましているようで難しい。」と、【障害について話すこと】、【障害について理解してもらうこと】の難しさが語られた。パートナーがいる人は、「妻は同じ境遇(二分脊椎)だから、射精障害や感覚がないことを理解してくれている。」という意見が聞かれた。しかし、「その上でどう考えているかはわからない」という思いも聞かれた。また、「若い人から、『セックスで失敗したら関係性が悪くなるから、怖くて踏み切れない』という相談を受けることが多い。経験がないと、そこまでの関係性が作れるということがわからない。自分も大人になって、セックスを経験して、結婚して、関係性が築けることがわかった。」と、【関係性

を築く経験の大切さ】について語られた。

Ⅳ. 考 察

結果から、性への関心は個人によって様々であり、関心をもつ人の中にも「オムツへの後ろめたさ」を感じていることから、排泄障害やそれによるオムツの着用が性に関する考えや行動に影響していると考えられた。性機能についても個人による違いがあるが、勃起機能、射精機能に障害が影響し、特に失禁への恐怖から性行為に対して困難を感じていることがわかった。しかし、そうした課題がありながらも、相手との性行為によって気持ちが満たされることを求めていると考えられた。性に関する気がかりとパートナーについての語りから、幼少期からの性機能への違和感を覚え、また子どもをもつことも厳しいと認識してきたことで、「相手に障害について話すこと」、「相手に障害を理解してもらうこと」、が恋愛をする上でのハードルになっており、そのことで性的な関係になることにも消極的になっていると考えられた。しかし、「実際に付き合ってから経験していく中で、関係性を築くことを学んでいく」という語りから、改めて性はパートナーとの関係性に視点を置くこと、経験を積み重ねることが重要であると考えた。

以上から、二分脊椎に起因する症状が、性への関心、性機能、性行為、パートナーとの関係性に少なからず影響していた。本研究では今後の支援についての具体的な方向性ま

では検討できていないが、性に関する情報や知識を伝えるだけでなく、人との関わりや、つながりの大切さを経験していける環境を整えていくことも重要であると考えた。

今回の協力者は就労している人たちであり、二分脊椎者の現状を捉える上ではデータに偏りがある。よって、今後は量的研究を実施し、性に関する現状把握に努めることが重要である。

謝 辞

本研究への参加を快諾してくださり、ご協力いただきました日本二分脊椎症協会会長および会員の皆様に深く感謝致します。なお本研究は、科学研究費補助金基盤研究(C)「二分脊椎児者のセクシャルリプロダクティブヘルスライツ教育の実践と評価」の一環として行われたものである。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. American Psychiatric Association, Washington D.C. 2013
- 1) 吉田一成：二分脊椎症，運動障害のリハビリテーション，南江堂，東京，2002.
- 2) 平山暁秀，山田薫，田中洋造 他：二分脊椎症における性機能の検討．泌尿器科紀要，Vol.41，985-989，1995.

愛知県で勤務する性同一性障がい当事者の 就労状況とカミングアウトに関する実態調査

咲江レディスクリニック

こじま さとこ

丹羽 咲江

Survey about the employment situation and coming out of Gender identity disorders individuals working in Aichi prefecture

Sakie Ladies Clinic

KOJIMA Satoko

NIWA Sakie

抄 録

本研究では、愛知県で就労する86名の性同一性障がい当事者の就労状況について質問紙を用いて調査した。その結果、カミングアウトの有無と年収の関係では、20代はカミングアウトをしていない方がわずかに平均年収は高かったが、30代、40代ではカミングアウトを済ませた群の方が平均年収が高い傾向が見られた。また、正規雇用者がカミングアウトするタイミングは面接時から入社後まで様々であるのに対し、非正規雇用者は88.9%が面接時に既にカミングアウトを済ませており、すべての者が社内の上司または社長と思われる面接官に対して入社前にカミングアウトをしていた。

具体的に当事者から就労状況や希望の就労スタイルについて相談を受けた場合は、クライアントの性格や心的エネルギー、仕事に対するモチベーション、当事者の支えとなる存在の有無などをしっかり聞き取り、支援内容を吟味し、心的エネルギーが脆弱な場合は無理にカミングアウトを推奨しない方が良いと考えられた。

Abstract

The authors conducted a questionnaire survey about the employment situation of 86 female-to-male (FTM) individuals working in Aichi prefecture. Average annual income was slightly higher in the non-coming out group of 20s in years of age and in the coming out group of 30s and 40s. The timing of coming out was various in the regular employees including at the interview before entering company and after joining company while 88.9% of non-regular

employees finished coming out at the interview before entering company to the interviewer who was supposed to be a future superior or the president. It was suggested that the counselor collect sufficient information about the characteristics, psychic energy, motivation to the work and existence of supporters and examine the content of support but not recommend coming out strongly if the individual is weak in psychic energy at the consultation about the employment situation or style.

Keywords: FTM, employment situation, coming out, Gender Identity Disorders

諸 言

当クリニックでは2014年10月からセクシュアル・マイノリティ当事者に対して、メール及び対面式面談の方式を用いて様々な相談に応じている。中でもしばしば相談されるのが、性同一性障がい当事者からの就職活動の困難さについてである。様々な相談の中には自らを性同一性障がいであるとカミングアウトをした途端に差別、偏見に遭い会社を辞めざるを得なかったケースや、自分をひた隠しにしていつか露呈してしまうのではないかと不安で生きづらさを感じさせられているケースもあった。2015年4月には文部科学省から「性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について」¹⁾の指針が出され、今後性同一性障がいをはじめとするセクシュアル・マイノリティへの配慮はなされていくことが期待できるが、現状では当事者に対する十分な就職支援機関が無い。従って当事者のみならず、雇用する側も前例がないためカミングアウトをされても対応の仕方がわからず“採用しない”または“解雇するしかない”状況に至りやすいと考えられる。また、当事者自身も自分の将来が描きづらく、自分が受け入れられやすい場所や職種は何かと消去法で就職活動をしがち

で、自分は何がしたいかという希望は後回しになっている(薬師ら, 2014)²⁾。今回我々は性同一性障がい当事者の就労状況について調査し、給与や労働条件などの待遇実態を把握することによって、性別変更が就労にハンディキャップにならないようにするためには、支援者がどのように支援に介入していくべきかについて検討した。

方 法

独自にアンケート用紙を作成し、2014年11月から2015年3月までの期間に愛知県のA, B, C産科・婦人科クリニックおよびD泌尿器科クリニックに性別違和感を訴えて受診した86名にアンケート調査をおこなった。なお、アンケート調査にあたっては、対象者にアンケートは無記名自記式であり、研究目的や調査方法、更に調査に協力しなくても不利益をこうむることはないことをアンケート用紙上で説明し倫理的配慮をおこなった。

結 果

回答者数はFTM (Female to Male: 身体が女性で心は男性) 74名, MTF (Male to Female: 身体が男性で心が女性) 5名, FTX (Female to

X：身体が女性で心は男女いずれでもない）1名，MTX(Male to X：身体が男性で心は男女いずれでもない)1名，未回答5名の計86名であった。MTF及びMTXで有効回答が得られた事例が3件と少数のため，今回は有効回答を得られたFTM68名とFTX1名の計69名について検討した。69名中カミングアウトをしている者は43名(62%)，カミングアウトをしていない者は26名(37%)であった(表1)。

表1 カミングアウトの有無

	カミングアウト済	カミングアウト未
FTM + FTX	43 (62.3%)	26(37.6%)

表2 カミングアウトの有無と年収

年収(万円)	カミングアウト済	カミングアウト未	計
0～200	3	1	4
201～300	7	3	10
301～400	11	7	18
401～500	7	2	9
計	28	13	41

カイ二乗検定(2×4)で有意差なし

年代	カミングアウト済	カミングアウト未	計
10代	1	0	1
20代	15	5	20
30代	10	7	17
40代	2	1	3
計	28	13	41

カイ二乗検定(2×4)で有意差なし

次に，カミングアウトの有無と年収についてカイ二乗検定をおこなった。収入について回答の得られた者は，カミングアウトを済ませた者では28名，カミングアウトを済ませていない者では13名であった。金額については，手取り額なのか支給額なのかどちらを記入したのかは不明である。また，月収額を記入した者に関しては，年収額として概算して該当箇所を含めた。収入について回答の得られた者のうち，カミングアウトの有無と収入については，年収・年齢において有意な偏りはみられなかった(表2)。

また，カミングアウトの有無と年代別にみた年収の平均については，10代は該当者が1名のため比較できなかった。20代はカミングアウトをしていない方がわずかに平均年収は高かったが，30代，40代ではカミングアウトを済ませた群の方が平均年収が高い傾向が見られた(表3)。

次に，カミングアウトをしている43名について，カミングアウトの相手やタイミング，学歴，職種について比較した。カミングアウトをしている43名は，ホルモン療法，乳房除去手術，性別適合手術などなんらかの身体的治療を受けており，アンケートをおこなった時点ですべての者がGIDの診断書を有

表3 カミングアウトの有無と年代別の平均年収

年代	カミングアウト済		カミングアウト未		カミングアウト済+未
	人数	平均年収(万円)	人数	平均年収(万円)	
10代	1	400.0	0	0.0	400
20代	15	333.3	5	340.0	336.6
30代	10	420.0	7	385.7	402.8
40代	2	500.0	1	400.0	450
合計	28		13		

していた。また、正規雇用者は34名で、非正規雇用者は9名であった。カミングアウトをしていない26名が正規雇用であるか、非正規雇用であるかは、今回の調査ではカミングアウトした者の雇用形態について検討するため質問しなかった。正規雇用者の34名のうち、20代は17名、30代14名、40代3名であった。非正規雇用者は、9名のうち10代は1名、20代4名、30代3名、40代1名であった。

さらに、カミングアウトを済ませた正規雇用者34名、非正規雇用者9名の合計43名に関して、カミングアウトの相手とそのタイミングを検討した(表4、表5)。雇用形態に関わらず、在職中にカミングアウトする者もいたが、正規雇用者がカミングアウトするタイミングが面接時から入社後まで様々であるのに対し、非正規雇用者は88.9%が面接時に既にカミングアウトを済ませており、すべての者が社内の上司または社長と思われる面接官に対して入社前にカミングアウトをしていた。

正規雇用で面接官にカミングアウトを済ませている11名の最終学歴は、7名が大学卒業、2名が専門学校卒業、1名が中学卒業、1名は無回答であった。そのうち職種は、サービス業1名、運送業1名、人材派遣業1名、相談員1名、建築塗装1名、保育士1名、自動車整備士1名、4名は無回答であった。

非正規雇用で面接官にカミングアウトを済ませている8名の最終学歴は、大学卒業1名、専門学校卒業2名、専門学校中退1名、高校卒業2名、高校中退1名、中学校卒業1名であった。この8名の職種はサービス業、工場勤務、営業、調理師、工場勤務、教育関係、無記入が2名であった。

正規雇用者と非正規雇用者のカミングアウトのタイミングについて、カイ二乗検定をおこなったところ、正規雇用と非正規雇用では両者にカミングアウトの時期に有意に差があった(表6)。

表4 正規雇用者のカミングアウトの相手とタイミング

正規雇用	面接官	職場全体	上司	社長	合計	(%)
面接時まで	11				11	32.4
内定後～入社時		4	5	3	12	35.3
入社後(在職トランス)		1	6	4	11	32.4
	11	5	11	7	34	

表5 非正規雇用者のカミングアウトの相手とタイミング

非正規雇用	面接官	職場全体	上司	社長	合計	(%)
面接時まで	8				8	88.9
内定後～入社時		0	1	0	1	11.1
入社後(在職トランス)		0	0	0	0	0.0
	8	0	1	0	0	

表6 正規雇用と非正規雇用の
カミングアウトのタイミング

	正規雇用	非正規雇用
面接時まで	**11	**8
内定後～入社時	12	1
入社後	*11	*0

*p<.05 **p<.01
カイ二乗検定 (2×3)

また、カミングアウトをしていない者が回答した、「当事者であることを所属先に秘密にしていることで、どのような困難や悩みがありますか?」という質問を通して、カミングアウトをおこなわないことで発生する困難や当事者の悩みについて検討した(表7)。

表7 「雇用されているが、所属先は自分が当事者であることを知らない」26名における
「当事者であることを所属先に秘密にしていることで、どのような困難や悩みがありますか?」の回答一覧

一番困るのはトイレ(毎回個室を使用しなければならないため)
親が本社に居る為、親に迷惑はかけられないから。今の状態でも「育て方を間違ったね」と言われているそうなので、これ以上親が苦しむのは見れない。見たくない
カムアウトしたほうが働きづらくなるため、現在は特に問題なし
健康診、社員旅行、トイレ、ボディタッチ、子供まだ?と言われる
声が変わってきたことで風邪か心配されますが、今のところ困難はありません
戸籍変更後に就職しました。就職探しの際に常に気にしていたのは、社員旅行の有無など。今はないので特に気になりません
仕事中は特にありません
下の名前で呼ばれる時もある
社会保険等、加入できない。トイレ。性別欄で事実と異なる為、書類記入で大事にならないか心配
女性トイレを使用しなくてはならず、少し苦痛。着替えが女性の方と一緒に、バレないよう気をつかう
単純に邪魔くさいから。言わなくても男で通る為
ちゃんとした事実は言っていないが、自分らしくそのままの自分で生活しているので困難はそんなにありません
トイレ個室利用の際に気を遣うこと
トイレの時、周りを気にして見てする
トイレや銭湯に行くとき、誘われたとき。宿泊を伴う旅行に誘われたとき
トイレを個室しか使えないので行きにくいタイミングを見て行ってる
トイレを使用する際に用務員の方にこちら女子トイレと言われることや男女区別をされることがあります
同性間でのボディタッチや毎回個室トイレに入る違和感。いつかりードされるのではないかという不安
特にありませんが、戸籍等を提出しなければならない状態になった時、困ると思う
特にない
特にないです
特になし
特になし。あるとしたら事務所内でのトイレぐらい
ドライバーなので重大な事故にあった時は・・・と思うと怖くなる
なし
日常仕事をしている時に不自由は感じない。健康診断では Dr.に胸オベの傷についてきかれると職場にバレないか心配になる事はある

考 察

カミングアウトの有無による収入差について

カミングアウトの有無による収入の差はなかった。一般的な平均年収は、民間給与実態統計調査(2013)³⁾によると、20代男性は265～371万円、20代女性は226～295万円、30代男性は438～499万円、30代女性は294～297万円であるので、20代FTM及びFTXはおおよそ男性並みの336万円、30代では一般女性よりは高いが一般男性よりは低めの402万円であることが明らかになった(表3)。今回の調査で男性並みの収入が欲しいという意見もあり、女性として雇用された後に在職トランスをして男性並みの収入を得たり役職を得たりすることは難しいと考えられる。従って戸籍変更が終わった後に男性として就職の方が条件的には満足できる可能性があるが、いつかFTMであることが露呈してしまうのではないかという不安が就労中は永久に付きまとうといえる。

また、「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」が施行された2004年は、現在30代である当事者がまさに就職活動をしたであろう時期であり、30代当事者はそのほとんどが女性として雇用されたと考えられる。従って「女性として」勤務した当事者で、30代で一般女性より高い収入が得られるのは、一般女性が直面する結婚や出産などのライフイベントによる休職や退職による影響を受けず、継続して勤務できた結果であると推測した。一方で、カミングアウトせず「男性として」勤務できた当事者は、表7の「言わなくても男で通る」や、「今は気になることがない」と回答していることから、男性として雇用され、男性として疑われていない

状態で働いており、待遇面などに不満がない状態であるため、戸籍変更後に男性として就職すれば、男性並みの給料や待遇で勤務できる可能性がある。

雇用形態とカミングアウトの関係について

職場でカミングアウトを済ませた43名について検討した。正規雇用で働いている者で面接時にカミングアウトをした者は11名(32.4%)で、内定以降にカミングアウトをした者は23名(67.7%)であった。面接時にカミングアウトをした11名のうち、7名が大学卒業で、2名が専門学校卒業と、高学歴か何かしらの専門性をもっていた。

それに対して非正規雇用で面接時にカミングアウトをした者は8名(88.9%)、内定以降カミングアウトをした者は1名(11.1%)であった。面接官にカミングアウトを済ませている非正規雇用の8名の最終学歴は、大学卒業1名、専門学校卒業2名、専門中退1名、高卒2名、高校中退1名、中卒1名と、学歴にはばらつきがあり、傾向はみられなかった。または、非正規雇用であれば勤務のハードルが低くなるので、戸籍変更後に男性として正規職員として働く前のひとつのステップ(RLE ; Real Life Experience : 望みの性別で暮らすこと)として考えている者もいるかもしれない。しかし、今回の研究では正規雇用者に焦点を当てたため、非正規雇用者への質問が不十分であった。よって、非正規雇用者がどのような意志をもって就労しているのかどうかについては検討の余地がある。

カミングアウトをせず当事者であることを隠すことで引き起こされる困難について

カミングアウトを済ませていない26名は、男性として雇用されていてFTMであることを隠している“埋没型”（西野，2008）⁴⁾なのか、女性の戸籍だが男性として書類などを詐称して男性として雇用されているのか、女性として雇用されているのか、今回のアンケートで明らかにすることはできなかったが、「当事者であることを所属先に秘密にしていることで、どのような困難や悩みがありますか？」の問いに対する回答から、理由は様々に考えられ、各々が困難を抱えていることがわかった。

トイレ、ボディタッチなど見た目や感触に関連する「いつか露呈するのではないか」という不安を抱えながら働いている者は男性として雇用されていると推測できる。特にカミングアウトしなくても男性として就職できているということは男性としてパスできているし、それが望んだ姿なのであろうが、自分らしく生きるという面では疑問である。西野（2011）⁵⁾によれば、男性として“埋没する”か、“ありのままの自分で生きるかどうか”葛藤した末に、性別を越えたひとりの人間として自らの当事者性を引き受けたり、自ら社会に対して働きかけたりすることで自らのよりよいあり方を実現し、[社会にある性別二元論の枠組み]が[GIDが自然にある社会]へと変革されることで“ありのままの自分”で生きられることを期待するように変化していくという。西野の研究の調査対象者は当事者団体などから協力者を募っているが、本調査対象は活動にかかわっているか、いないかを問わず一般的な泌尿器科に通院してい

る当事者であるため、男性として埋没することに決めた当事者たちに遭遇しやすかったのかもしれない。

MTF回答の少なさについて

産科・婦人科を表榜する当クリニックに受診した、戸籍変更を済ませたMTFに回答を依頼した際、「気が引ける」といって断られることがほとんどであった。詳しく理由をきくと、「女性なので」といった回答が返ってきた。戸籍変更を済ませ、女性として雇用されていて生活している当事者にとって「性同一性障がい」であった事実は思い出したくもない過去のことであり、「MTF」ではなく「女性」として生きていく傾向にあると考えた。よってMTFの場合もいわゆる“埋没型”が目立ち、ありのままの自分というよりは男性であることや女性であることに究極にこだわっている者が多いと推察した。

結 論

FTMにとって職場でカミングアウトすべきか、いつ誰にカミングアウトすべきかは心配事のひとつである。しかし、今回の調査で明らかになったように、カミングアウトの有無で待遇や条件における差はみられなかった。そのため、女性として雇用され続けることが自分の困難となっていて葛藤している場合は、カミングアウトをする、または治療後に男性として就職活動をするを当事者に提案したい。

また、もやもやと“男性として”または“ありのままの自分で”生きていきたいかと悩み葛藤している間は、決断を迫らず、非正規などで過ごした後に希望のスタイルで正規雇

用を目指すのも悪くはないが、男性並みの条件を期待する場合は戸籍変更をおこなってから就職活動をしたほうが良いということが今回の調査で推測できた。なぜなら、在職トランスでは突然男性並みの待遇に変わることは推測しにくく、女性として雇用され続けても管理職などは男性になりやすい傾向が根強くあるために難しい。男性として雇用され男性として勤務し続けられれば、男性と同様の条件が期待できる。しかし、根本的にいえば、雇用や給料の面などでの男女差を無くしていけば、在職トランスであっても待遇面では支障がなくなるし、戸籍変更のためにしたくない性別適合手術を強要されている者が無理に治療をしなくてもよくなるとも考えられる。

具体的に相談を受けた場合は、クライアントの性格や心的エネルギー、仕事に対するモチベーション、当事者の支えとなる存在の有無などをしっかり聞き取り、支援内容を吟味し、心的エネルギーが脆弱な場合は無理にカミングアウトを推奨しない方が良いと考えられる。そして、治療においては本人の希望を聞いていきながら、就労状況や就職活動に合わせて必要な医療を提供していくことが求められる。

いずれにしても雇用時の性別にかかわらず、安定した収入や条件を求め、安定した就職を望む場合は、幼少時より各自の自尊感情を高めて、将来に向けて希望をもち、目標に向かって励むことができるように環境を整えておく必要がある。

筆者は学校の性教育の一環でセクシュアル・マイノリティについて知識を伝えたり、養護教諭や子どもの支援に携わる大人たちに向けて講演をおこなっている。子どもたちの身近にGID当事者への偏見がなく、人権意識を高く持ち、正しく理解した大人が必要であり、当事者の子どもたち自身も本人の自尊感情(精神的健康さ)を高められるような環境が必要である。当事者の子どもたちが気軽に相談できる大人がひとりでも増えて、周囲が当事者を正しく理解し、そしてより多くの子どもたちが自分らしく健やかに生きられるように、今後も講演活動や相談活動に尽力していきたい。

文 献

- 1) 文部科学省：性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について. 2015
- 2) 薬師 実芳, 笹原 千奈未, 古堂 達也他：LGBTってなんだろう？. 合同出版株式会社. p.66. 2014.
- 3) 国税庁：民間給与実態統計調査. p18. 2013.
- 4) 西野 明樹：性同一性障害(GID)当事者の語る社会適応のあり方—FTM及びその周辺群への心理的援助に関する一考察. GID学会雑誌. 1. p228. 2008.
- 5) 西野 明樹：性同一性障害を自認する当事者の性別移行のなかに見る社会適応再構築プロセス, コミュニティ心理学研究. 14. 2. p166-189. 2011.

公告

平成28年5月22日

掲載論文の取り消しについて

日本性科学会 理事長 大川 玲子
編集委員長 永井 敦

2014年11月、A学会編集委員長より日本性科学会編集委員会宛に、A学会誌に掲載された論文に多重投稿の疑いがあるとの指摘が読者からあり、調査の結果、A学会誌、B学会誌ならびに日本性科学会雑誌（C学会誌とする）に掲載された3論文がきわめて類似していることが判明したとの書簡が届きました。

各学会の編集委員長間で事実関係を確認し、さらに日本性科学会編集委員会において精査の結果、以下の点が判明しました。

- 1) 3論文は同一の筆頭著者である。
- 2) 調査対象は同一である。
- 3) 研究開始時期はすべて同じ。研究終了時期はB、C論文で同一（3ヵ月延長）。
- 4) B、C論文でデータを1件追加している。
- 5) 調査方法は3論文で類似。B、C論文では、A論文の調査方法をベースに手段を追加したものである。

以上より、C論文においては他の2論文と比較し独自性が高いとは言えず、本質的に同じ内容であり、多重投稿と判断しました。さらに日本性科学会雑誌の投稿規定第2項には「原稿は、本会の目的に関係のある原著、総説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他で、未発表のものに限る」と明記されており、既発表データと考えられるC論文はこれに抵触するものと判断しました。

したがって、日本性科学会編集委員会ならびに理事会においては、遺憾ながら以下のごとく決定したのでここに公告いたします。

- 1) 日本性科学会雑誌第32巻1号（平成26年7月31日発行）掲載論文「セックスワーカーの受動的継続性に関する考察 ―個室サウナ「X」で働く女性に対する質的・量的調査を通じて―」は当該論文を無効とし、その掲載を取り消す。
- 2) 2名の著者に対しては、理事会における決定（平成28年5月22日）から2年間の投稿禁止とする。

以上

今後は当該論文を用いられることのないようお願いいたします。読者の皆様には大変ご迷惑をおかけいたしました。改めてお詫び申し上げます。日本性科学会におきましては、再発防止に向けて努力する所存ですので、よろしくご理解のほどお願いいたします。

編 集 後 記

会員の皆様、いかがお過ごしでしょうか。今回は多重投稿論文に関して公告文書を掲載いたしました。掲載論文の取り消しという厳しい処分となりましたが、日本性科学会の幹事会、理事会等におきまして議論を重ねた結果であります。読者の皆様には大変ご迷惑とご心配をおかけしました。この一件を大いなる反省材料とし、さらに充実した内容の学会誌になるよう努力いたします。改めてお詫び申し上げます。

さて、今回も素晴らしい論文を掲載することができました。総説では増加する女性骨盤臓器脱と女性性機能について、埼玉医科大学産婦人科・女性骨盤底医学センターの永田一郎先生に、多くの図表を用いて詳しく解説していただきました。読者の皆様にも大きな興味をもってご覧いただけるものと思います。他の原著論文、活動報告等も充実した内容に仕上がりました。ご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。

本誌は、さまざまな形の「性」を、広い視線で深く追求していくことを目標としています。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 役員の任期は1期2年とし、再任を妨げない。

補欠による役員の任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

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

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年1回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

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

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

第 6 章 支部、委員会等の設置

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

第 7 章 学術集会（日本性科学会）

第 25 条 学術集会（日本性科学会）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、入会後満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は、選挙実施の前年度末において、会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は、選出理事の決定とともに解散する。

会費規程

(2008年4月1日より施行)

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

日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」

資格認定規定

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

行わせる。

- 第 7 条 資格認定を申請する者は、所定の申請書、証明書等にケースレポート(2,000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 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
日本性科学会のセックス・カウンセリング研修会への参加は10単位とし、演者は3単位加算する。近畿地区研修会への参加は5単位とし、演者は3単位加算する。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、その他で、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ページにつき横60字、縦30行以内とする。
4. 論文の長さは、原著および総説の場合、刷り上がりで10ページ以内（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ページ以内とする。
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で、原語を記載の上（ ）内に略語を併記する。
8. 文献の書き方は次の形式による。

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

 - a. 各文献は出所順に1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名はIndex Medicusの略称に従う。
 - c. 著者名は、3名以下の場合は全員、4名以上の場合は3人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「他」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名・論文題名・雑誌名（類似の誌名のあるときは発行地）巻：頁－頁、西暦年号の順に、単行本の場合は著者氏名・書名・発行所名、発行地、発行年次、の順に、単行本の中の論文については、著者氏名・論文題名・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3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のは受け付けない。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

日本性科学会総会議事録

日時：2016年5月22日

午後1時00分～午後1時30分

場所：東京慈恵会医科大学西新橋校

1号館5階講堂

「出席者37名、委任状128名。合計165名で、会員数は325名なので総会が成立した」との報告があった。村口喜代理事が議長を務めた。以下、同議長により進行。

協議事項

議題1 2015年度事業報告（大川理事長）

- 資料に基づき2015年度の事業報告がなされ、承認された。

議題2 2015年度決算の承認（茅島理事）

- 学会とカウンセリング室に関して、2015年度の決算が報告された。
石津宏監事・堀口貞夫監事により監査がおこなわれ、問題がなかったとの報告があり、決算は承認された。

議題3 2016年度事業計画案の承認

（大川理事長）

- 2016年度の事業計画案が提示され承認された。

議題4 2016年度予算案の承認（茅島理事）

- 2016年度の予算案が提示され承認された。

議題5 第37回（2017年）日本性科学会学術集会会長選任（大川理事長）

- 大阪府立大学の山中京子幹事が選任され、挨拶がされた。

議題6 理事選出、理事長選出、理事長指名理事ほか

- 立候補数が定員内のため、無選挙で大川

玲子、阿部輝夫、塚田攻、石河修、村口喜代、永井敦、高波眞佐治、茅島江子、菅沼信彦、針間克己が理事として選出された。理事長は引き続き大川玲子が選出された。理事長指名理事として、金子和子、早乙女智子、中塚幹也が指名された。前回の学術集会会長であった石原理が参与に選出された。監事は、石津宏、堀口貞夫が引き続き選出された。幹事は、大谷眞千子、石丸徑一郎、山中京子、森村美奈、杉山正子、花村温子、今井伸、丹羽咲江、織田裕行が引き続き務めることが報告された。

議題7 その他

- 泌尿器科奥村医師から「学会のウェブサイトはこの分野の治療をしている医師・機関をリストアップしてはどうか」との提案があった。大川理事長より、その方向で検討する旨、回答された。

報告事項

議題1 委員会報告

- 特記事項はないことが報告された。

議題2 幹事会報告

- 特記事項はないことが報告された。

議題3 第36回（2016年）日本性科学会学術集会の準備状況について（天野会長）

- 第36回日本性科学会学術集会について、天野会長から、2016年9月17日・18日に、長野赤十字病院にて開催予定であることが報告された。

議題4 関連団体・学会活動報告

- 配布資料に沿って報告された。

〈総会資料1〉

2015年度(平成27年)事業報告

(2015年4月1日～2016年3月31日)

1. 第20回総会

日時：2015年5月24日

午後1時00分～1時30分

場所：東京都・東京慈恵会医科大学

西新橋校1号館5F講堂

出席者：41名 委任状：152名

日時：2015年5月24日

場所：東京都・東京慈恵会医科大学

西新橋校1号館5F講堂

2) 第10回日本性科学会近畿地区研修会

日時：2016年2月14日

場所：大阪市・あべのハルカス25F会議室

3) 症例研究会 6回開催

4) 心理症例研究会

2. 会員状況

会員数

2014年度末

正会員 313名 賛助会員 1法人

名誉会員 8名

2015年度末

正会員 327名 賛助会員 1法人

名誉会員 7名

年度内会員移動

入会員数

正会員 30名 賛助会員 0法人

名誉会員 0名

退会員数

正会員 16名 賛助会員 0法人

名誉会員 1名

6. 学会雑誌、学会ニュース発行

1) 学会雑誌 2回発行

2) 学会ニュース 4回発行

7. 資格認定制度実施状況

1) 新規資格認定数

セックス・カウンセラー 1名

セックス・セラピスト 0名

2) 更新資格認定数

セックス・カウンセラー 0名

セックス・セラピスト 10名

3) 有資格者数

セックス・カウンセラー 13名

セックス・セラピスト 36名

3. 会の運営

1) 理事会 2回

2) 幹事会 12回

8. 関連団体との交流

1) 国内団体

(1) 日本性科学連合(JFS)

第16回性科学セミナー

加盟団体：日本性科学会・(社)日本家族計

画協会・(財)日本性教育協会・

日本思春期学会・日本性機能

学会・日本性感染症学会

日時：2015年10月10日

場所：埼玉県・埼玉県民健康センター

(2) GID(性同一性障害)学会第18回研究大会

日時：2016年3月19～20日

場所：東京・日本教育会館

4. 学術集会開催

1) 第35回日本性科学会学術集会

日時：2015年10月11日

場所：埼玉県・埼玉県民健康センター

会長：石原理

(埼玉医科大学産科婦人科教授)

テーマ：性のディスクールの超えて

5. 研修会、研究会の開催

1) 第44回セックス・カウンセリング研修会

(3)がんと性研究会

(第14回医療従事者向け：がん患者さん
を支援するための研修会)

日時：2015年12月13日

場所：東京都・東京慈恵会医科大学
西新橋校1号館5F講堂

(4)セクシュアリティ研究会

中高年のセクシュアリティ第2回調査報
告書発行

(5)その他

2)国際学会

(1)第23回性の健康世界学会

日時：2015年7月25～28日

場所：シンガポール

(2)その他

〈総会資料2〉

2015年(平成27年)度決算

(2015年4月1日～2016年3月31日)

損 益 計 算 書

収 入			支 出		
科 目	15年予算	15年決算	科 目	15年予算	15年決算
年会費収入	4,000,000	3,959,000	人件費	500,000	432,920
研修会収入	600,000	410,000	旅費・交通費	200,000	173,230
広告収入	600,000	494,000	通信費	200,000	217,620
資格認定収入	200,000	190,000	賃借料	830,000	851,619
寄付収入	50,000	0	印刷・事務用品	500,000	280,711
業務提携収入	600,000	600,000	研修会費用	500,000	344,604
雑収入	50,000	192,689	学会誌・学会ニュース費	1,200,000	1,000,816
小 計	6,100,000	5,845,689	資格認定費用	100,000	90,000
前期繰越金	8,038,871	8,038,871	交際費・会議費	30,000	40,500
合 計	14,138,871	13,884,560	水道、光熱費	60,000	49,003
			雑費	700,000	488,068
			諸会費	50,000	6,264
			雑損費	400,000	312,291
			小 計	5,270,000	4,287,646
			次期繰越金	8,868,871	9,596,914
			合 計	14,138,871	13,884,560

差 し 引 き	1,558,043
---------	-----------

貸 借 対 照 表

資産の部		負債の部	
【流動資産】		【流動資産】	
現金及び預金	3,356,235	年会費前受金	45,000
年会費未収入金	1,047,000	仮受金	0
立替分（仮払金）	4,635,147	流動負債合計	45,000
流動資産合計	9,038,382		
【固定資産】		負債の部合計	45,000
有形固定資産	146,389		
敷金	457,143	資本の部	
固定資産合計	603,532	【剰余金】	
		当期末処分利益	9,596,914
		（うち当期純利益）	1,558,043
資産の部合計	9,641,914	資本の部合計	9,596,914
		負債及び資本の部合計	9,641,914

カウンセリング室

収 入	
カウンセリング料，雑収入	3,005,446
支 出	
カウンセラー報酬，事務人件費・交通費， 賃貸料，水道・光熱費	4,534,952
差し引き	△1,529,506

監査致した結果，適正と認めます。

平成28年5月22日

監事

石津 宏 
堀江 貞夫 

〈総会資料3〉

2016年度(平成28年)事業計画案

(2016年4月1日～2017年3月31日)

1. 学術集会開催

1) 第36回日本性科学会学術集会

日時：2016年9月18日

場所：長野県・長野赤十字病院

基幹災害医療センター

会長：天野俊康

(長野赤十字病院第一泌尿器科部長)

テーマ：地域に根ざした性の健康を考える

2. 研修会, 研究会の開催

1) 第45回セックス・カウンセリング研修会

日時：2016年5月22日

場所：東京都・東京慈恵会医科大学

西新橋校1号館5F講堂

2) 第11回日本性科学会近畿地区研修会

日時：2017年2月(予定)

場所：未定

3) 症例研究会

年6回予定(奇数月)

3. 学会雑誌, 学会ニュース発行

1) 学会雑誌 2回発行

2) 学会ニュース 4回発行

4. 資格認定制度の実施

5. 関連団体との交流

1) 国内団体

(1) 日本性科学連合(JFS)

第17回性科学セミナー

日時：2016年9月17日

場所：長野県・長野赤十字病院

基幹災害医療センター

(2) GID(性同一性障害)学会

日時：2017年3月18～19日

場所：札幌医科大学

(3) がんと性研究会

(第15回医療従事者向け:がん患者さんの性を支援するための研修会)

日時：2016年11月19日

場所：上智大学

(4) その他

2) 国際学会

(1) 第14回アジア・オセアニア性科学会

日時：2016年3月31日～4月3日

場所：韓国・釜山

(2) その他

〈総会資料4〉

2016年(平成28年)度予算

(2016年4月1日～2017年3月31日)

予 算

収 入			支 出		
科 目	15年決算	16年予算	科 目	15年決算	16年予算
年会費収入	3,959,000	4,000,000	人件費	432,920	500,000
研修会収入	410,000	500,000	旅費・交通費	173,230	200,000
広告収入	494,000	500,000	通信費	217,620	200,000
資格認定収入	190,000	150,000	賃借料	851,619	850,000
寄付収入	0	0	印刷・事務用品	280,711	500,000
業務提携収入	600,000	600,000	研修会費用	344,604	400,000
雑収入	192,689	150,000	学会誌・学会ニュース費	1,000,816	1,100,000
小 計	5,845,689	5,900,000	資格認定費用	90,000	100,000
前期繰越金	8,038,871	9,596,914	交際費・会議費	40,500	80,000
合 計	13,884,560	15,496,914	水道、光熱費	49,003	60,000
			雑費	488,068	600,000
			諸会費	6,264	50,000
			移転費	0	0
			雑損失	312,291	400,000
			小 計	4,287,646	5,040,000
			次期繰り越し	9,596,914	10,456,914
			合 計	13,884,560	15,496,914

日本性科学会役員

名誉理事長(顧問)	野 末 源 一	日本医科学大学校学校長
理 事 長(国際関係担当)	大 川 玲 子	国立病院機構千葉医療センター 非常勤医師
副 理 事 長(認定制度・総務担当)	阿 部 輝 夫	あべメンタルクリニック院長
常 務 理 事(倫理担当)	塚 田 攻	彩の国みなみのクリニック院長
理 事	財務担当	石 河 修 公立大学法人大阪市立大学理事
	広報担当	村 口 喜 代 村口きよ女性クリニック院長
	研修担当	金 子 和 子 日本性科学会カウンセリング室 臨床心理士
	学術担当	永 井 敦 川崎医科大学泌尿器科学教授
	研修担当	高 波 眞佐治 東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科教授
	財務担当	茅 島 江 子 東京慈恵会医科大学医学部 看護学科母性看護学教授
	倫理担当	菅 沼 信 彦 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系教授
	総務・JFS 担当	針 間 克 己 はりまメンタルクリニック院長
	学術担当	早乙女 智 子 神奈川県医師会神奈川県立汐見台病院 産婦人科副科長
	倫理担当	中 塚 幹 也 岡山大学大学院保健学研究科教授
参 与	石 原 理	埼玉医科大学産科婦人科学教授
監 事	石 津 宏	琉球大学名誉教授
	堀 口 貞 夫	主婦会館クリニック からだと心の診療室院長

幹 事	幹事長 (総務・学術担当)	大 谷 眞千子	千葉県立保健医療大学元准教授
	副幹事長 (広報担当)	石 丸 径一郎	東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース専任講師
	学術担当	山 中 京 子	大阪府立大学人間社会学部 社会福祉学科教授
	研修担当	森 村 美 奈	大阪市立大学大学院医学研究科講師 (産科婦人科)
	財務担当	杉 山 正 子	すぎやまレディースクリニック院長
	倫理・広報担当	花 村 温 子	埼玉メディカルセンター臨床心理士
	学術担当	今 井 伸	聖隷浜松病院泌尿器科主任医長
	研修担当	丹 羽 咲 江	咲江レディースクリニック院長
	倫理担当	織 田 裕 行	関西医科大学精神神経科学講座助教

事務局長	本 郷 元 夫	新医学普及協会元理事
------	---------	------------

名 誉 会 員	斎 藤 宗 吾	三聖病院名誉院長
	熊 本 悦 明	勲性の健康医学財団名誉会頭 札幌医科大学名誉教授
	廣 井 正 彦	山形大学名誉教授
	山 崎 高 明	山崎産婦人科医院院長
	長 田 尚 夫	聖マリアンナ医科大学泌尿器科 元教授
	亀 谷 謙	亀谷メンタルクリニック院長
	武 田 敏	千葉大学名誉教授
	本 郷 元 夫	新医学普及協会元理事

第36回日本性科学会会長	天 野 俊 康	長野赤十字病院第一泌尿器科部長
--------------	---------	-----------------

第37回日本性科学会会長	山 中 京 子	大阪府立大学人権社会学部 社会福祉学科教授
--------------	---------	--------------------------

「日本性科学会雑誌」第34巻1号

平成28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