

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL39 No.2 Oct. 2021

会長講演 「Rainbow after the corona」・・・・・・・・・・ 針間 克己

特別講演 1・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 座長：早乙女 智子
「半世紀の性障害の臨床経験を振り返る」・・・・・・・・ 阿部 輝夫

特別講演 2・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 座長：早乙女 智子
「婦人科医師のセックス・セラピー 30 年を振り返る」・・・・ 大川 玲子

教育講演・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 座長：石丸 径一郎
「クラインフェルター症候群：性分化の非典型性が個別最適化教育への架け橋となる」・・・・ 坂口 菊恵

シンポジウム「ICD 11 が示す性の健康のこれから」・・・・・・・・ 座長：早乙女 智子
「身体的治療の構造化」と「脱精神病理化」未来に向けて協働するための理解・・・ 織田 裕行
「ICD-11 における男性性機能障害の取り扱いについて」・・・・ 今井 伸
「ICD-11 に見る女性性機能不全の変遷」・・・・・・・・ 田中 奈美

一般演題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 座長：石丸 径一郎

1. 依存症専門外来でセクシャルマイノリティであることを自らカミングアウトした物質使用障害患者の予備的研究・・・・・・・・・・・・・・・・ 西村 康平
2. 男性自殺企図者に対するホルモン値調査の結果報告
ー男性ホルモンと甲状腺ホルモンの比較ー・・・・・・・・ 織田 裕行
3. 月経困難症に対するホルモン治療が女性の気分障害や性機能障害に及ぼす影響についてのアンケート調査・・・・・・・・・・・・・・・・ 池田 詩子
4. 二分脊椎症のある女性の性教育に関するニーズ・・・・・・・・ 笠井 久美
5. 挿入障害患者の受診中断のリスク因子についての後方視的検討・・・・・・・・ 村田 佳菜子
6. 当院におけるMRKH症候群に対する造腔術の周術期および術後経過の検討・・・・ 志賀 尚美
7. 骨盤腹膜利用造腔術（Davydov 法）を受けた先天性腔欠損症患者の性機能調査
～性交痛を訴えた一例の解析～・・・・・・・・ 菅沼 信彦
8. 射精アレルギー（Postorgasmic illness syndrome: POIS）5 例の経験・・・・・・・・ 小堀 善友
9. 行動療法と交流分析を用いた心理カウンセリングで自然妊娠に導いた心因性腔内射精障害の一例
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 木村 将貴
10. 筑波大学附属病院男性不妊症外来における腔内射精障害と未完成婚症例の検討・・・ 小田 翔斗

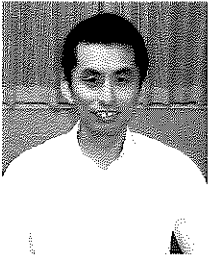
第40回 日本性科学会学術集会

Rainbow after the storm

主催 日本性科学会(JSSS)

JAPAN SOCIETY OF SEXUAL SCIENCE

会長挨拶



第40回日本性科学会学術集会会長

針間 克己

はりまメンタルクリニック

通常、学会開催のあいさつ文は一度書いたら、終わりで、それをホームページや、学会誌などと同じ文章をずっと掲載するものです。しかし、今回の学会は、何度もあいさつ文を書き直しています。もはや遠い昔の感じもありますが、2年位前に、通常の学会の予定のあいさつ文を書きました。その後は、コロナに振り回され、延期のお知らせ、開催形式の変更・・・。

今年の6月ころには、「7月、8月には五輪で感染者は増えるが、9月に入れば五輪も終わり、ワクチン接種者も増え、感染者は減少し、通常の学会開催も可能では」と予想し計画しました。しかし、8月の爆発的感染を前に、通常学会開催を断念し、オンラインのみでの開催を決断しました。

ところがその後9月に入ると、感染者は激減していきました。ある意味、当初の予想通りとも言え、もう少し粘って様子見をすれば、通常学会も開催できたのでは、と後悔する、今日このごろでもあります。ジェットコースターのような上がり下がりには振り回さればなでした。

まあそれでも、コロナ治療を最前線で行っている医療従事者の苦労や、経済的困窮に追いつめられる、飲食や旅行関係者の苦難を考えれば、愚痴るわけにもいかないのでしょうか。

ともあれ、オンラインで、第40回日本性科学会学術集会を2021年10月24日に開催することになりました。

予想外に多くの一般演題も集まり、講演、シンポジウムも興味深い内容を組むことができました。どんな状況でも学問はできるのだな、と感嘆しております。

学会のテーマですが、去年はオリンピックも意識し、「Love and Gender Tokyo 2020」としました。しかし、今年は2021年ですし、オリンピックと心理的距離を置こうという意識も強まりましたので、テーマは変更することにしました。

「Rainbow after the storm」です。レインボーといえば、性の多様性の象徴としての理解が一般的です。しかし「愛」「希望」といった意味もあります。ノアの箱舟では、長い嵐と洪水のあと、空には虹が広がったのです。

苦難の後には、新たな希望が待っているのです。学会のテーマというより、「無事学会が開催されてほしい」「無事、コロナが収束してほしい」という私の願いともいえるかもしれません。

学会は40回という節目の大会ですが「記念大会として盛沢山に！」と欲張ることもできず、感染に留意し、開くことこそに意味があると考え、シンプルにやりたいと思います。

コロナ過の中での開催が最後になるのを祈りつつ、オンラインならではの良さを生かした会になることを期待します。

お知らせ

1、参加者の皆様へ

■参加受付

WEB 開催となりました為、本大会は Zoom ウェビナーで行われます。

(ライブ配信のみとなります)

- ・大会 HP 事前参加ページより事前参加登録をお願いします。

<https://k-con.co.jp/jsss40reg/>

- ・参加登録締切：10 月 23 日(土)18：00 まで受付けます。

・参加費：

一 般	8,000 円
学 生	2,000 円 (学生証明書の提出をお願いします)

- ・学会員の皆様、事前参加登録をされた非会員の方へ、大会前に学会誌（大会抄録集）を送付致します。

- ・学生の事前参加者は、登録メールアドレス宛に学生証明書（登録フォーム）を送信します。

※19 日（火）以降に事前参加登録された方へは抄録集（PDF 版）をご案内いたします。大会終了後、製本された学会誌（大会抄録集）を送付いたします。

■ご視聴について

- ・ご登録時のメールアドレスへ、運営事務局より接続 URL（Zoom ウェビナー）を送信します。

当日は接続 URL よりログインください。

※接続時にメールアドレスと氏名をご入力ください。

■座長の皆様へ

- ・講演は Zoom ウェビナーで行われます。

10 月 20 日（水）に接続 URL を記載した招待メールを送らせていただきます。

※当日までデスクトップなどわかる場所に保存をお願い致します。

※メールが届かない場合は運営事務局にご連絡ください。

- ・当日は開始 30 分前にログインをお願い致します。講演までの時間にオペレーターによる接続環境の確認、セッション進行についての打合せを行ってください。

- ・参加者からの質問はウェビナーの Q&A 機能で受け付けます。

※開始前に座長からご案内をお願い致します。

- ・座長は Q&A に入った質問を口頭で演者に行ってください。

※チャット機能は座長、演者、事務局ホストとの連絡ツールとして利用します。

- ・進行は時間厳守で行ってください。

■演者の皆様へ

- ・発表スライドは、16 : 9 を推奨します。
- ・タイトルスライドを必ず作成してください。
(カテゴリー名、演題名、演者名、所属、共同演者名、所属)
- ・発表に際しては、必ず、倫理的配慮をお願いします。COI の有無に関して、パワーポイント上で開示をお願いいたします。
- ・ご発表はプレゼンテーションソフト (**PowerPoint** や **Keynote**) をご自身で画面共有して行います。
- ・ご発表は時間厳守で行ってください。
- ・セッション終了後は、次のセッションが始まりますので速やかに退出して下さい。

(ご注意事項)

- ・ブラウザからログインするのではなく、zoom アプリをダウンロードして接続することを推奨いたします。ブラウザによって使える機能が制限されます。また表示速度にも違いがでます。
- ※職場の制限などでアプリをダウンロードできない場合は Google Chrome を推奨します。
- ※safari は zoom の画面共有機能が使用できません。ご注意ください。

日程表

10月24日(日)

Web 開催

9:00

9:00～9:30 開会挨拶・会長講演:
「Rainbow after the corona」
針間 克己 (はりまメンタルクリニック)

10:00

9:30～11:10 一般演題
座長:石丸 径一郎(お茶の水女子大学 生活科学部)

1-1: 西村 康平 (神奈川県立精神医療センター)
1-2: 織田 裕行 (関西医科大学 精神神経科学講座)
1-3: 池田 詩子 (国家公務員共済組合連合会斗南病院 婦人科・生殖内分泌科)
1-4: 笠井 久美 (茨城県立医療大学看護学科)
1-5: 村田 佳菜子 (女性医療クリニックLUNA 横浜元町)
1-6: 志賀 尚美 (東北大学病院 産婦人科)
1-7: 菅沼 信彦 (名古屋学芸大学)
1-8: 小堀 善友 (プライベートケアクリニック東京)
1-9: 木村 将貴 (帝京大学医学部附属病院泌尿器科)
1-10: 小田 翔斗 (筑波大学医学群医学類)

11:00

11:15～12:00 教育講演
座長:石丸 径一郎(お茶の水女子大学 生活科学部)
「クライフェルター症候群:性分化の非典型性が個別最適化教育への架け橋となる」
坂口 菊恵 (東京大学教養学部附属教養教育高度化機構)

12:00

13:00

13:00～13:40 特別講演1
座長:早乙女 智子 (公益財団法人ルイ・パストゥール医学研究センター)
「半世紀の性障害の臨床経験を振り返る」
阿部 輝夫 (あべメンタルクリニック)

14:00

13:40～14:20 特別講演2
座長:早乙女 智子 (公益財団法人ルイ・パストゥール医学研究センター)
「婦人科医師のセックス・セラピー30年を振り返る」
大川 玲子 (国立病院機構千葉医療センター婦人科(非常勤)、千葉きぼーるクリニック婦人科)

15:00

14:20～16:00 シンポジウム「ICD 11 が示す性の健康のこれから」
座長:早乙女 智子 (公益財団法人ルイ・パストゥール医学研究センター)

「身体的治療の構造化」と「脱精神病理化」 未来に向けて協働するための理解
演者:織田 裕行 (関西医科大学 精神神経科学講座)

「ICD-11における男性性機能障害の取り扱いについて」
演者:今井 伸 (聖隷浜松病院リプロダクションセンター)

「ICD-11に見る女性性機能不全の変遷」
演者:田中 奈美 (社会医療法人若竹会つくばセントラル病院産婦人科)

総合討論

16:00

16:00～ 閉会挨拶

プログラム

9:00～9:30 開会挨拶・会長講演:「Rainbow after the corona」
針間 克己 (はりまメンタルクリニック)

9:30～11:10 一般演題
座長:石丸 径一郎 (お茶の水女子大学 生活科学部)

- 1 依存症専門外来でセクシャルマイノリティであることを自らカミングアウトした
物質使用障害 患者の予備的究
○西村 康平、板橋 登子、黒澤 文貴、小林 桜児
神奈川県立精神医療センター
- 2 男性自殺企図者に対するホルモン値調査の結果報告
ー男性ホルモンと甲状腺ホルモンの比較ー
○織田 裕行¹、山田 妃沙子^{1,2}、池田 俊一郎¹、許 全利¹、北元 健^{1,2}、中森 靖²、
木下 利彦¹
¹関西医科大学 精神神経科学講座、²関西医科大学総合医療センター救命救急センター
- 3 月経困難症に対するホルモン治療が女性の気分障害や性機能障害に及ぼす影響についての
アンケート調査
○池田 詩子^{1,2,3}、水上 明保²、逸見 博文¹、高崎 和樹³、高田 美乃莉³、
三宅 太郎³、遠藤 俊明^{1,4}
¹国家公務員共済組合連合会斗南病院 婦人科・生殖内分泌科、²伏古レディースクリニック
³自衛隊札幌病院 産婦人科、⁴札幌医科大学 産科婦人科
- 4 二分脊椎症のある女性の性教育に関するニーズ
○笠井 久美
茨城県立医療大学看護学科
- 5 挿入障害患者の受診中断のリスク因子についての後方視的検討
○村田 佳菜子^{1,2}、関口 由紀¹
¹女性医療クリニック LUNA 横浜元町、²東部地域病院
- 6 当院におけるMRKH症候群に対する造陰術の周術期および術後経過の検討
○志賀 尚美、久野 貴司、石橋 ますみ
東北大学病院 産婦人科

7 骨盤腹膜利用造陰術（Davydov 法）を受けた先天性陰欠損症患者の性機能調査
～性交痛を訴えた一例の解析～

○菅沼 信彦^{1,2,3}、柴田 俊章²、岩田 歩子³

¹名古屋学芸大学、²浜松医科大学、³京都大学

8 射精アレルギー（Postorgasmic illness syndrome: POIS）5 例の経験

○小堀 善友

プライベートケアクリニック東京

9 行動療法と交流分析を用いた心理カウンセリングで自然妊娠に導いた
心因性陰内射精障害の一例

○木村 将貴¹、道場 勇太²

¹帝京大学医学部附属病院泌尿器科、²カウンセリングルーム エゾルブ

10 筑波大学附属病院男性不妊症外来における陰内射精障害と未完成婚症例の検討

○小田 翔斗¹、古城 公佑²、木村 友和²、末富 崇弘^{2,3}、森 悠樹⁴、川崎 彰子⁴、
根来 宏光²、西山 博之²

¹筑波大学医学群医学類、²筑波大学附属病院泌尿器科、³茨城西南医療センター病院、

⁴筑波大学附属病院産科婦人科

11:15～12:00 教育講演

座長：石丸 径一郎（お茶の水女子大学 生活科学部）

クラインフェルター症候群：性分化の非典型性が個別最適化教育への架け橋となる

坂口 菊恵 （東京大学教養学部附属教養教育高度化機構）

13:00～13:40 特別講演 1

座長：早乙女 智子 （公益財団法人ルイ・パストゥール医学研究センター）

半世紀の性障害の臨床経験を振り返る

阿部 輝夫 （あべメンタルクリニック）

13：40～14：20 特別講演 2

座長：早乙女 智子（公益財団法人レイ・パストゥール医学研究センター）

婦人科医師のセックス・セラピー30年を振り返る」

大川 玲子（国立病院機構千葉医療センター婦人科（非常勤）、千葉きぼーるクリニック婦人科）

14:20～16:00 シンポジウム

座長：早乙女 智子（公益財団法人レイ・パストゥール医学研究センター）

1 「身体的治療の構造化」と「脱精神病理化」 未来に向けて協働するための理解

織田 裕行（関西医科大学 精神神経科学講座）

2 ICD-11 における男性性機能障害の取り扱いについて

今井 伸（聖隷浜松病院リプロダクションセンター）

3 ICD-11 に見る女性性機能不全の変遷

田中 奈美（つくばセントラル病院産婦人科）

総合討論

16：00～ 閉会挨拶

第40回 日本性科学会学術集会

抄 録 集

会 長 講 演

会長講演

Rainbow after the corona

針間 克己

はりまメンタルクリニック

第40回日本性科学学会学術集会は、新型コロナウイルスにより、昨年から今年に開催を延期しました。今年になれば、まあ収まるだろうとの楽観に基づいての判断でした。今年春ごろには、ワクチン接種も始まり、会場を使つての開催予定も可能ではと思われました。しかし、その後、デルタ型の拡大や、五輪開催に伴う自粛気分のゆるみもあり、7月8月と、さらなる感染拡大となりました。また、頼みのワクチン接種も、一定期間を過ぎると効き目が減少するというデータも出始め、4月5月にワクチン接種をした医療従事者は、学会開催の10月には、ブレークスルー感染のリスクも高まるのではと危惧されます。これらの事情より、本学会はやむを得ず、オンラインでの開催へと変更することになりました。

学会を主催することは、大変ではありますが、本来非常にやりがいもあり、気分的にも高揚していくものなのですが、今回は、コロナに振り回されて、大変さを感じるのが正直なところでした。しかしながら、演題募集をしたところ、十分な告知、広報をしていないにもかかわらず、予想以上に集まり、時間制約の厳しい中、うれしい悲鳴となりました。コロナ過の中でも、会員は性科学に対する熱い学問の意欲がみなぎることを強く感じました。

さて、ここからは日本性科学学会の新理事長としてのあいさつとなります。本学会の目的は、学会会則では「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」とあります。ただ、ここには記されていませんが、その前提となるべき目的もあると思います。それは、性の健康と権利の増進に寄与するということです。歴史を見れば学問は時として過ちを犯し、人間の権利や健康を侵害することもありました。性科学の研究は性の権利や健康の増進に寄与することが大前提だと思っています。ただし、「性の権利とは何か」「性の健康とは何か」については、あらためて考えていく必要もあらうかと思っています。「健康」という用語は時として過ちを犯します。「健康帝国ナチス」という本があります。これによれば、ナチスは国民の健康という目的を徹底追及します。また「アスベルガー医師とナチス」という本もあります。これによれば、アスベルガー医師は集団行動になじめない子供たちを、精神疾患とみなし、施設へと送ります。その施設で子供たちは殺害されていきました。「健康」の過度な追求は時として、大きな過ちにつながることを歴史は教えてくれるのだと思います。

「性の健康とは何か」、「性の権利とは何か」という問いかけへの答えには、2つの方法が有用だと考えます。

ひとつには、エビデンスを蓄積するということです。「こうあるべきだ」という、べき論、観念論ではなく、事実はどうなのか、ということです。人間の性行動については、かつては「こうあるべきだ」という倫理的観念論が先行していたと思います。しかし、戦後、キンゼーらによる先入観を抜きにした広範な調査により、人間の性行動の多様性が明らかになりました。これらのことが、LGBTをはじめとする、人間の性行動の多様性の尊重につながっていったという面はあるでしょう。すると、「性科学の研究は、健康や権利の尊重に寄与する」と同時に、「性の健康や権利の尊重には、性科学の研究が土台となる」ともいえるのです。つまり、「性の健康や権利の尊重」と「性科学の研究」は、どちらかが先でどちらかが後、というものではなく、円の循環のような関係にあるのだと思います。

「性の健康とは何か」、「性の権利とは何か」という問いかけへの答えに有用な2番目のことは、多領域の学問の幅広い知見から考えていくことです。専門家は、自分の専門分野だけを深く掘り下

げていく傾向があります。もちろん、専門分野の掘り下げは非常に大事なことです、性科学は人間存在の本質にもかかわるものですので、広い視点からとらえていくことも大事だと思います。本学会は、特定の疾患や、臓器に特化した学会ではなく「性科学」という広範な領域を対象としています。会員にも様々な領域や、バックグラウンドを持った方から構成されています。本学会での活動が、専門を深めるだけでなく、視野を広げていく一助になるのではと考えます。

最後になりますが、嵐はいずれ已むでしょう。未来に向かって、セクシュアリティが尊重されていく世の中の実現に寄与できるよう、本学会が存在していけばと思います。

〈プロフィール〉

東京大学医学部医学科卒業。東京大学医学部大学院博士課程修了。医学博士。

東京家庭裁判所医務室等を経て、2008 年より、はりまメンタルクリニック院長。

2020 年より日本性科学学会理事長。

GID（性同一性障害）学会理事。日本性教育協会（JASE）運営委員。日本精神神経学会「性同一性障害に関する委員会」委員。The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 会員。

著書、『性非行少年の心理療法』『性別違和・性別不合へ』、訳書、『私たちの仲間—結合双生児と多様な身体の未来』など

特別講演

特別講演 1

半世紀の性障害の臨床経験を振り返る

阿部 輝夫

あべメンタルクリニック

【精神科に入るまで】

高校2年の時、整形外科をやっていた兄の妻が、突然東京から宮城の私の実家にやってきて「お話ししましょう」と。「医学部へ行け」と言うのである。どうやらお袋が私を説得するために呼んだらしい。それまで毎週土日は蔵王に行っていて、山小屋で少し手伝いをして泊めてもらい、翌日登ってバスで帰るという日々だった。山小屋の親爺とはその小屋を継ぐ約束をしていたのだ。将来のことをしばらく考えた末、フロイトを好きで読んでいたこともあって、精神科なら面白いかもしれないと思ったのが始まりだった。

【大学入学そして、精神科入局】

順天堂大学に入って、学長の懸田克躬と言う名前をどこかで聞いたことがあるなと思ったら、フロイトの翻訳者だったではないか。しかも精神科の教授だった。なんと言う巡り合わせかと思った。入局し「阿部くんは何をやりたいんだね」と聞かれ「セクソロジーです」と答えた。

【精神分析での治療】

先輩方の外来に陪席させてもらい、性の問題の患者が来たら受け持たせてもらい、精神分析療法で取り組んだ。分析学会にも入り、西園、小此木、神田橋先生の話参考に、医局では精神病理の下坂、足立先生のスーパーバイズを受けながらやってみた。しかし、フロイトの本のようにはうまくいかなかった。

【マスターズ&ジョンソン】

1948、1953の「キンゼイ報告」、1957のヴァンデヴェルデの「完全なる結婚」などが世に出た。そしてマスターズ&ジョンソン（M & J）の3部作が謝国権らによって翻訳出版された。第1版の「人間の性反応」では生理・解剖学的新発見を3つ発表（①陰潤滑のメカニズム、②オルガズムプラットフォーム、③クリトリス反転）した。M & Jの1980の「人間の性不全」では治療成功率がなんと60%であると言うので驚いた。

【ヘレン・シンガー・カプラン】

1978にカプランの「New Sex Therapy」が出版された。精神療法を基盤にした行動療法はM & Jのややラディカルな治療法に比べて日本人に受け入れ易かった。1981からコーネル大学の精神科のカプランのもとに留学させてもらった。

スーパーバイザーと共になんかの症例に出会った。治療費が高いので、患者も真剣に取り組んでくれるためか、治療終結までの時間が短いことが印象的だった。

カプランのところは2回/Wだったので、マウント・サイナイのスキオビとジューウィッシュ・ボードのクリフォード・セイガーのセックス・セラピーコースにも参加した。

1982に帰国したら、野末先生の「ニュー・セックス・セラピー」の訳著が完成していた。

【帰国後の仕事】

カプランから貰った設計図をもとに、「夜間勃起計測器（NPT）」を製作し器質性と心因性の鑑別をした。これは渡米する前に考案した「シール法」（1981）よりも客観性があった。1991に「セック

ストレス」を提言し、本学会でその定義を得た。1993に逆説的心理療法の「ノンエレクト法」を考案したが、1999のバイアグラ出現によりほぼ不要となった。1999に「コンドーム・マス法」を発表し早漏と腔内射精障害に役立っている。

【今後の仕事】

DSM-5から病名が消えてしまった「性嫌悪症」だが、患者は各地から集まってきている。女性は耐えて応じる場合もあるが、男性の性嫌悪症は長期にわたるセックスレスの原因疾患となっていて、離婚になるケースが多く、良い解決策を考えなければならない。薬物療法である程度改善しているものの、治療に時間がかかるため大きな問題である。

〈プロフィール〉

昭和 19年 生まれ
45年 順天堂大学医学部 卒業
同年 順天堂大学精神科 入局
56年 コーネル大学精神科 留学
59年 順天堂大学精神科 助教授
25年間の大学勤務の後、
平成 8年 あべメンタルクリニック 開設

現在 あべメンタルクリニック院長
日本性科学会顧問
日本精神神経学会 性同一性障害に関する委員会委員
浦安ジェンダークリニック委員会委員長
AASECT 認定セックスセラピスト

著書 「躁うつ病の精神病理」 弘文堂
「人格障害」 金剛出版
「今日の心身症治療」 金剛出版
「セックスレス・カウンセリング」 小学館
「セックスレスの精神医学」 ちくま新書
「スローからイマジンセックスへ」 ごま書房

訳書 「図解セックス・セラピー・マニュアル」 カプラン著 星和書店
共訳 「カプラン臨床精神医学テキスト」 第3版、メディカル・サイエンス・インターナショナル (2016)

考案 「シール法」を考案 (1981)
「日本初のNPT (夜間勃起計測計) を制作」 (1983)
「セックスレス・カップル」という言葉を提唱 (1991)
「ノン・エレクト法」を考案 (1993)
「コンドーム・マス法」を考案 (1999)
「咳をしながらの挿入練習法」を考案 (2002)

特別講演 2

婦人科医師のセックス・セラピー 30 年を振り返る

大川 玲子

国立病院機構千葉医療センター婦人科（非常勤）、千葉きぼーるクリニック婦人科

「性の健康」は人間の生活に必須のものである。日本に、そして婦人科領域に性科学（性の健康を科学する）を根付かせたいと願いつつ、身近な後継者も育てられなかったことへの反省の弁を、せっかくいただいた発表の機会にさせていただく。セクシュアリティへの言及はしかし、社会で権威を持つ人々（ほとんどは男性）にとって、女性の権利と同様脅威である。合理的に思われる「選択的夫婦別姓」法案なども、性差別社会の一角を崩す可能性があり成立を阻まれている。ラディカルな活動であればこそ大きな障壁と知れば、先人の設立した JASCT（日本性科学会の前身）がゆっくりながら発展してきたこと、女性や性的マイノリティの活動、メディア、そして医学会さえも、少しずつ性科学の重要性を表明する様になってきた今日の状況は、それなりに評価すべきかもしれない。

まず、婦人科医師（演者）が婦人科専門領域には無いセックス・セラピー（性機能不全の治療：以下セラピー）を導入してきた経過を振り返る。

セックス・セラピー外来（以下性外来）は千葉大学産婦人科で 1980 年ごろに始めた。JASCT に誘ってくださった故武田敏先生が、「性外来」の立ち上げを提案され、教授の了承を得て「性外来開設の趣意書」を婦人科外来に掲げた。それ以外の広報は無かったが、断続的にクライアントを得ることになった。座学の知識で始めた無謀とも言える診療ながら、需要はあるという感触を得た。セラピーは本来心理領域の仕事が中心となるが、数年来日本心身医学会の会員として学んだ技法を生かすことになった。

本格的な性外来は、千葉市立病院勤務となっていた 1987 年からである。院長、病院事務局（市長）を通して自費診療の許可を得、週 1 回の午後、1 ケース 1 時間の 4 枠を確保し、セラピー中の救急診療や手術は原則免除という同僚の了解も得た。1996 年に国立千葉病院産婦人科（現国立病院機構千葉医療センター）医長となり、同様の手続きで性外来を新設した。この性外来は病院を定年退職した後も継続して現在に至っている。

振り返って現在、日本性科学会で資格認定を受け、セラピスト / カウンセラーとして診療している人は 30 名程度である。この他にも実施している個人、施設はあると思われるが、需要を満たすには程遠い実情がある。このアンメット・ニーズへの打開策を検討しなければならない。

ついでこの間のセラピーの方法、実績、変遷などを振り返る。

婦人科医師のセラピーなので、必然的にクライアントは女性中心となる。しかしセラピーは原則カップルを対象とする。クライアントにパートナーのある場合、結婚していれば必ず、結婚していない場合は当事者の意向により、カップル同席で数回面接している。この方式の収穫は小さく無い。カップル双方に性機能不全がある場合、また心因性の男性性機能不全が主訴の場合もセラピーを行う。1987 年から 2017 年までの 30 年間に登録されたクライアント 606 ケースのうち、女性性機能不全 558(98%)、そのうちカップル双方の性機能不全は 59（9.7%）、男性のみの障害は 48（7.9%）であった。

受診した女性性機能不全の疾患内訳では、性交痛・挿入障害（DSM 5 では Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder）が 470 ケース（84%）と、圧倒の多数であることは 30 年間ほぼ変わっていない。この偏りは諸外国の疾患内訳とは異なり、学会でしばしば理由を尋ねられる。推測に過ぎないが、セラピストの少なさ、したがって受診のしにくさから、生活の支障が大きい性機能不全（結果としての不妊症など）のみ治療を求めた結果であろう。挿入障害の多くで「挙児希望」が受診動機であることがそれを裏付けている。

婦人科診療技法を最も生かせる疾患は、性交痛と挿入障害である。いわゆる内診は、通常双手による骨盤内診察を指し、子宮や卵管・卵巣の状態、特に癒着や疼痛を知る手がかりとして有用である。一方、性交痛・挿入障害では、片手診（1ないし2指）により、外陰・膣の痛み反応、膣壁の収縮を丁寧に触知し、診察時（性交に近似）の状態を把握し、患者に伝えることもできる。

Masters & Johnsonによれば彼らが vaginismus とした障害は、「膣の前方 2/3 の不随意攣縮が起こって、挿入ができない状態」とし、婦人科医師が診察で不随意攣縮を認めることが診断条件に含まれている。しかし演者が挿入できない多数の女性を診察したところ、膣の不随意攣縮を認める者と、恐怖の感情を顕にして挿入に抵抗するが、不随意収縮を認めない者が混在することがわかった。そのほか外陰に触れることすら拒絶するなど、婦人科診察が全くできず、膣の攣縮有無を確認できない者、逆に診察では特に問題は無い者が含まれる。このことは1995年（横浜）、1999年（香港）の WAS: World Association for Sexology（現在の World Association for Sexual Health）で発表し、特に香港では多くの性科学者から注目を受けた。またその後の vaginismus の用語や定義が、紆余曲折を経て「挿入障害」となったことに一石を投じたと自負している。

婦人科的診察技法と言っても、膣の伸展性はフレキシブルで、状況によって大きく変化することを認識しなければならない。リラックスを導けば痛みを感じることなく1指程度の診察は可能である。逆に治療途中でも、所見が後退することもある。婦人科でしばしば「処女膜強靱」として手術を勧められた女性が、セカンド・オピニオンを求めて来院し、全くそうではないという事例は後を絶たない。手術がきっかけとなり、性交できるケースもあると思われるが、手術しても治癒に向かわないケースもあるのは、多くの挿入障害は処女膜の異常ではなく、心因性だからである。同様に膣ダイレーターも、名称とは異なり、ある大きさのものを受け入れるトレーニング用に使用する。こうした知見を多くの産婦人科医師と共有したいものである。

30年のセラピーを振り返り、クライアントの質的变化を様々に感じるが、数値に示せるほどのことは無い。しかし例えばインターネットの無い時代から、無くては生活が成り立たない時代への移行を通じて、性外来受診者の様相も変化した。結婚はマッチング・アプリと聞いて驚いたのは数年前である。晩婚化、不妊カップルの増加と不妊治療の先進化で、不妊症のカップルではセックスより妊娠、の傾向が高まった。挿入障害の患者が不妊外来を受診すると、治療手技が許す限り妊娠に向けた治療が勧められるようになった。性外来から不妊外来に移行する患者が増える一方では、不妊外来ではセックスの悩みに関わってもらえないことを訴える者も少なく無い。こちらの受け皿を増やすことがセラピー業界では喫緊の課題である。

ここ8年ほど演者は性暴力被害者支援に関わり、性暴力のトラウマが性機能不全に与える影響について、それまで以上に関心を持つ様になった。実際に肉親から性虐待を受けた人のセラピーは困難である。改めて問診票（性歴）でトラウマの有無「これまでに性的に嫌な体験をしたことがありますか？」を尋ねた316人では、「はい」は116人（37%）であった。痴漢、両親の性交目撃など、多くの女性に共通と思われる内容も多く、また嫌な経験としない人もいるとして、少なく無い数値である。講演ではこの内容について若干触れるつもりである。

〈プロフィール〉

現職： 国立病院機構千葉医療センター 産婦人科非常勤医師
鎮誠会千葉きぼーるクリニック婦人科医師
NPO 法人千葉性暴力被害支援センターちさと 理事長

略歴

1972年 千葉大学医学部卒業 同年 千葉大学医学部産婦人科学教室入局
千葉大助手、エール大学留学 千葉市立病院 などを経て

1996 年 独立行政法人千葉医療センター（旧国立千葉病院）産婦人科医長
2011 年 同上外来管理部長 2013 年 同上停年退職.
2013 年より 現職

日本性科学会理事（理事長 2006-2020）

日本性機能学会理事

日本性教育協会（JASE）運営委員

WAS (world association for sexual health) advisory board member (1997-2009)

AOFS (Asia Oceania federation of Sexology) President; (2012-2014)

第 11 回松本賞受賞 2007

WAS Gold Medal 受賞 2019

教育講演

クラインフェルター症候群： 性分化の非典型性が個別最適化教育への架け橋となる

坂口 菊恵

東京大学教養学部・大学院総合文化研究科附属 教養教育高度化機構

これまで、学業や専門分野における得意領域の性差や、発達障害発症率の性差を説明するために、胎児期における男性ホルモンの脳神経における組織化効果が主要な要因候補として考えられてきた。特に自閉症スペクトラム（ASD）においてこれまで多くの理論化が行われてきており、Baron-Cohen の超男性脳仮説 (Baron-Cohen et al, 2005)、Geschwind らによる大脳半球側性化のタイミング異常説 (Geschwind & Behan, 1982) に見られるように、男性化の度合いが極端だと ASD になるとする考え方が有力だった。

しかしながら、胎児期より男性ホルモンによる男性化を十分に受けないクラインフェルター症候群（性染色体異数症）やプラダー＝ウィリー症候群（ゲノムインプリンティング疾患）では ASD の出現率が高い。さらに、初期発達の際に性分化が典型的ではなかったと考えられるトランスジェンダーや非異性愛者において、ASD 傾向のある人が高率で見られることが知られている。また、ASD は言語発達や社会的コミュニケーションが苦手であることが主症状であるが、一方で特定の分野に秀でたサヴァン傾向を持つ人が多く出ることでも知られ、共通要因として知覚の過敏性や共感覚（異なるモダリティ間の知覚が結びついて体験されること）が挙げられ、発現遺伝子にも共通性があることが報告されている。さらに、コミュニケーション不全といった特徴はもともと人に興味がないことに起因するのではなく、細部の情報を取り込みすぎるといった知覚の特徴から生じてくる認知スタイルであるという捉え方もされるようになってきた。

クラインフェルター症候群の人々は同じ染色体型 XXY を持ちながらも症状が多様であり、心身の症状の個人差と関連する遺伝的・内分泌学的、さらに養育環境との関連が詳細に検討されつつある。クラインフェルター症候群と ASD の認知特性に関する知見を丁寧に整理することで、ASD は「超男性脳」ではなくて、むしろ性分化が非典型的な人たちに見られやすいことを示す。さらに、ギフテッドや近年話題になっている HSP（Highly Sensitive Person）との類似性と、適切な教育プログラムにより多様で貴重な才能を育てていくことの必要性についても論じる。

Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005). Sex Differences in the Brain: Implications for Explaining Autism. *Science*, 310(5749), 819-823.

Geschwind, N., & Behan, P. (1982). Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 79(16), 5097-5100.

〈プロフィール〉

東京大学大学院総合文化研究科 認知行動科学大講座で博士（学術）号取得後、東京大学教養学部附属教養教育高度化機構にて教養教育の開発に携わる。現特任准教授。また、専修大学、早稲田大学、東京女子大学、聖心女子大学、立教大学で非常勤講師を歴任。

専門は進化心理学、内分泌行動学。著書に「ナンパを科学する—ヒトのふたつの性戦略（東京書籍）」、「科学の技法」

東京大学『初年次ゼミナール理科』テキスト（東京大学出版会）。メディア出演多数。

シンポジウム1

シンポジウム 1

1 「身体的治療の構造化」と「脱精神病理化」 未来に向けて協働するための理解

織田 裕行

関西医科大学精神神経科学講座

「脱病理化」。いつから耳にするようになったか、その記憶は定かでない。

演者は1999年から性別不合の診療に携わるようになった。受診者の多くはホルモン療法や手術療法を受けることを希望していたが、医療の側が全く準備できていなかった。2003年1月に泌尿器科、産婦人科、形成外科と連携しジェンダークリニックを開設した。2004年10月に当院で最初となる性別適合手術が施行され、受診者は急激に増加した。しかし、窓口となっている精神科は十分な対応ができず、予約待ちが1年を超える状況にあった。同時に、多科連携による包括的治療を提供することにも様々な困難が存在した。どのような構造を設計すれば、継続的で安定した医療提供が可能となるのか、模索する日々が続いた。ふり返れば、この頃に「脱病理化」という言葉を耳にしていたように思われるが、受診者の希望に沿った医療環境を整えることで疲弊し演者には聞こえていなかった。

やがて「脱病理化」という言葉が聞きとれる時期が来た。この言葉には幾つかの違和感があった。「病理化から脱する」という意味だと推測できたが、「病理化」が具体的に何を指しているのか分からなかった。先人の教えによって一つ分かったことは、正確には「脱精神病理化」であり、その意図は「精神疾患に位置付けない」ことであった。

「脱病理化」の存在は、「病理化以前」と「病理化」の時代が存在したことを意味する。このことの理解には、世界の潮流に目を向ける必要がある。

性別不合とは異なるが、同性愛や異性装者は19世紀まで宗教的異端者や犯罪者とみなされていたと理解できる。19世紀後半から「病理化」され、精神疾患と位置づけられたことで治療対象になった。具体的にはKrafft-EbbingのPsychopathia Sexualis（変態性欲心理）に記されているように、異性装や異性役割での生活に対して、倫理的に非難するのではなく医学的に理解していくべきと考えられるようになった。当時としては、「病理化」は肯定的な意味合いを帯びていたと推測されるが、やがてスティグマとなった。

アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）が発行している精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）は、1952年に初版が発行され、現在第5版が日本でも広く用いられている。かつて収載されていた同性愛は、1987年の第3版改訂版から削除された。つまり、同性愛は「脱病理化」され精神疾患ではなくなった。

「性同一性障害（Gender Identity Disorder）」についても1990年代に「脱病理化」の気運が高まった。DSMについては、2013年発行の第5版で「性別違和（Gender Dysphoria）」となった。国際疾病分類（ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）では、2019年の第11版で「性別不合（Gender Incongruence）」となった。位置づけも「第6章：精神・行動・神経発達障害（Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders）」から「第17章：性の健康に関連する状態（Conditions related to sexual health）」へ変更された。このように、19世紀後半の「病理化」と、20世紀後半の「脱病理化」の流れが存在する。

「脱病理化」という言葉が流布されたためか、「性別不合は病気じゃないなら、医療もいらないだろう」という誤解を耳にする。「脱精神病理化」によって、ICD-11で精神疾患としての位置づけではなくなったが、必要に応じて提供される医療資源は何も変わらない。「身体的治療」によってQOLの改善が得られるという一定のエビデンスも既に示されている。考え方によっては、精神疾

患ではないからこそ「身体的治療」の充実が図られるべきではないだろうか。「身体的治療の構造化」と「脱精神病理化」は背反するものではなく、むしろ補完しあう関係にあるという視座に立ち、性別不合に携わる様々な領域の方々との協働を演者は期待している。

学会当日には、これらの経緯の詳細と性別不合の定義についても伝える予定である。

〈略歴〉

平成 8 年 5 月	関西医科大学附属病院精神神経科入局
平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月	関西医科大学附属病院 救命救急センター
平成 14 年 4 月～現在	関西医科大学 精神神経科学講座
平成 21 ～ 25 年度	大阪府自殺未遂者実態調査 / 連携支援 / 支援推進事業
平成 22 年 8 月～平成 28 年 3 月	和歌山大学 客員教授
平成 30 年度	大東市自殺対策計画策定委員会 委員長
NPO 法人関西 GIC ネットワーク	副理事長 / 身体治療判定会議 委員長
日本性科学会、日本性機能学会、GID（性同一性障害）学会、日本メンズヘルス医学会	
日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本老年精神医学会、日本自殺予防学会	

シンポジウム 1

2 ICD-11 における男性性機能障害の取り扱いについて

今井 伸

聖隷浜松病院リプロダクションセンター

ICD とは、世界保健機構 (WHO) による、死因や疾病の国際的な統計基準として公表されている分類のことであり、国際疾病分類と和訳される。とても重要な分類であるにもかかわらず、私自身はこれまで取っ付きにくく感じていて ICD に関わることを避けて通ってきた。同じような思いの方が多くだろうとの予測のもと、ICD の最新版である ICD-11 の男性性機能不全の分類についてできるだけわかりやすく解説していきたい。(日本語訳は仮訳)

ICD-10	ICD-11
F52.0 性欲欠如又は性欲喪失	HA00 性欲欠如又は性欲喪失
F52.1 性の嫌悪及び性の喜びの欠如	
F52.2 性器反応不全 F52.21 男性勃起不全	HA01 性的興奮機能不全 HA01.1 男性勃起不全 HA01.Y その他の性的興奮機能不全 持続性器興奮障害 むずむず性器症候群
F52.3 オルガズム障害 F52.32 男性オルガズム障害	HA02 オルガズム機能不全 HA02.0 無オルガズム症 HA02.Y その他のオルガズム機能不全
F52.4 早漏	HA03 射精機能不全 HA03.0 男性早漏 HA03.1 男性射精遅延 HA03.Y その他の射精機能障害
F52.7 過剰性欲	
F52.8 その他の性機能障害で、器質性障害又は疾病に起因しないもの	HA0Y その他の性機能障害
F52.9 器質性障害又は疾病に起因しない詳細不明の性機能障害	

まずわかりやすくするために、ICD-10 から ICD-11 になってどこがどのように変わったのか、比較早見表を作成した。

ICD-11 では、「性の嫌悪及び性の喜びの欠如」と「過剰性欲」が削除されている。DSM-5 でも「性嫌悪障害」は疾患リストから削除されているが、症例数の少なさ（決して少なくないと思うのだが）や文献の乏しさが原因と思われる。「性疼痛障害」はそもそも女性のみが対象とした想定されているため、比較から外している。

2. 「性器反応不全」から「性的興奮機能不全」へ

ICD-11 では、sexual arousal disorder から sexual arousal dysfunction へと言い換えられているが、和訳ではどちらも「不全」となっている。

興奮相の障害は、男性では勃起不全のみであったが、ICD-11 では「その他の性的興奮機能不全」として「持続性器興奮障害」と「むずむず性器症候群」が追加されている。この両疾患はほぼ女性

の疾患であるが、少ないながら男性でも報告されている。

3.「オルガズム障害」から「オルガズム機能不全」へ

ICD-10では「男性オルガズム障害」のみであったが、ICD-11では「無オルガズム症」と「その他のオルガズム機能不全」に分けられている。無オルガズム症は、「性欲欠如又は性欲喪失」との鑑別が重要である。無オルガズム症によって、「性欲欠如又は性欲喪失」をきたしている可能性はある。

「その他のオルガズム機能不全」には、「postorgasmic illness syndrome（オルガズム後症候群）」「hypohedonic orgasm（低快楽射精）」「painful orgasm（射精痛）」が含まれている。「postorgasmic illness syndrome（オルガズム後症候群）」は、2002年に最初に報告された疾患で、2017年までに約50例の文献報告がある。「hypohedonic orgasm」は、「pleasure less orgasm」または「weak orgasm」とも言い換えられ、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）による副作用としての報告が多い。「painful orgasm（射精痛）」は「painful ejaculation」と言い換えられ、レビューなどの文献も予想以上に多い。

4.「早漏」のみから「射精機能不全」へ

いわゆる「射精障害」はICD-10では「早漏」のみであったが、ICD-11では「早漏」「射精遅延」および「その他の射精機能障害」と正當に分類されている。

「その他の射精機能障害」とは、「早漏」でも「射精遅延」でも「逆行性射精」でもない射精障害ということだが、どのような病態が含まれるのか示されていない。

5.「その他の性機能不全」

器質性障害又は疾病に起因しない「その他の性機能不全」は、「特定されるもの」と「詳細不明」に分けられていたが、ICD-11では一つになっている。どういう病態が含まれているのかは不明である。

〈略歴〉

1997年3月 島根医科大学医学部医学科卒業
1997年5月 島根医科大学泌尿器科
1998年1月 松江生協病院泌尿器科
2000年4月 島根医科大学泌尿器科
2004年4月 島根大学泌尿器科助手
2005年1月 聖隷浜松病院泌尿器科
2006年4月 聖隷浜松病院泌尿器科医長
2010年10月 聖隷浜松病院泌尿器科主任医長
2019年4月～ 聖隷浜松病院リプロダクションセンター長・総合性治療科部長

シンポジウム 1

3 ICD-11 に見る女性性機能不全の変遷

田中 奈美

つくばセントラル病院産婦人科

2018年に世界保健機関 World health organization: WHO より新しい国際疾病分類の第11改訂版: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th version (ICD-11) が公表された。ICD-11において性に関する病態は、新たに「第17章 性保健健康関連の病態 Conditions related to sexual health」(日本語訳は仮訳)として新設され、「精神および行動の障害」としての位置付けではなくなった。女性性機能不全の分類の変遷を振り返りつつ、ICD-11における位置付けについて触れる。

1. 女性性機能不全分類の変遷

女性の性機能不全は、長らく男性の性反応の女性版という位置付けで分類されていた。Masters & Johnson の性反応の理論を完成させた、Helen Singer Kaplan による性反応の三相概念(欲求相、興奮相、オルガズム相)の理論は、米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル第4版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.: DSM-IV)やICD-10に反映されている。DSM-IVでは、男女の性機能不全は対称的で、性的興奮の障害とオルガズム障害は男性・女性それぞれに定義されていた。また、ワギニズムス vaginismus は、痛みというよりも恐怖により挿入行為そのものが困難、という実像とは異なり、「性交疼痛障害」の下位分類として、性交疼痛 dyspareunia と一緒に挙げられていた。

その後、1990年代には、男性の性機能についての研究が飛躍的に進み、phosphodiesterase type5 (PDE 5) 阻害薬の開発に至ったが、女性の性反応に関しても新たな知見が相次いで示された。Beverly Whipple による、いわゆる G-spot を含めた女性のオルガズム研究、Helen E O'Connell によるクリトリスの詳細な研究(クリトリスの本体は尿道と膣管を包含する海綿体構造であり、クリトリスの神経終末から伝わる刺激がこの海綿体を膨張させ、膣周囲の充血を担うことが女性の性的興奮の重要部分であること、この海綿体が構造の一部が G-spot に一致すること)、Rosemary Basson による円環的な性反応の提唱や、親密なパートナーからの好ましい働きかけによる好循環の指摘などが挙げられる。

1999年には女性性機能不全について Female Sexual Dysfunction: FSD という用語が用いられ、国際コンセンサス会議による FSD 分類が発表された。DSM-IV-TR と異なる点として、性的疼痛障害の下位分類に noncoital sexual pain (非性交性性交痛)の項目が設けられた。また、オルガズムの有無とは別に全体的な満足 satisfaction という評価が必要、という提案が付記された。2003年の第2回の国際会議による提案では FSD 分類に大きな変更があった。性嫌悪障害が性欲障害から独立したこと、ワギニズムスが性交疼痛障害から独立したことが挙げられる。会議のメンバーの一人 R. Basson は、女性の性的興奮は、身体的な反応と主観的な性的興奮・快感とがしばしば乖離するということを主張し、興奮障害は「主観的興奮障害」、「性器的興奮障害」、両者とも障害される「複合的興奮障害」に細分化された。加えて、持続的興奮障害 persistent sexual arousal disorder という新たな概念が加えられた。

2013年の DSM-5 では、DSM-IV-TR と比較し三相概念は後退し、男女の疾患概念の非対称化がすすんだ。診断基準に「少なくとも6ヶ月間持続」、「ほとんどすべて、またはすべて(約75%~100%)の性的出会いにおいて」というようなその障害に持続期間と頻度が明確化された。また、鑑別診断にパートナーの要因や対人関係の要因、文化的宗教的要因、精神疾患や身体疾患の要因などが挙げられ、女性の性反応に影響しうる要素が的確に盛り込まれるものとなった。一方で、病型

分類から「心理的要因」「混合性要因」がなくなった。これは、精神疾患であるから何らかの心理的要因があるのは当然であり、性機能不全の多くに何らかの身体的要因も関与している、という理由からである。女性の性機能不全としては、

- ・女性オルガズム障害
- ・女性の性的関心・興奮障害
- ・性器－骨盤痛・挿入障害
- ・物質・医薬品誘発性性機能不全
- ・他の特定される性機能不全
- ・特定不能の性機能不全

があげられている。性嫌悪障害は研究や文献的蓄積が乏しく、疾患リストからは外され、「他の特定される性機能不全」に含まれ、性交疼痛症は「性器－骨盤痛・挿入障害」として統合された。

2. ICD-11 における女性性機能不全の位置付け（日本語訳は仮訳）

1989年に発表されたICD-10においては、「第5章 精神及び行動の障害」に「性機能不全、器質性障害又は疾病によらないもの」が挙げられており、性機能不全は精神疾患としての位置付けであった。2018年に発表されたICD-11では性に関連する病態として、「第17章 性保健健康関連の病態」が新設され、「性機能不全」、「性疼痛障害」、「性機能不全及び性疼痛障害における病因的事項」、「性別不合」が挙げられている。なお、ICD-10、ICD-11ともに、dyspareunia「性交疼痛」は性機能不全とは別章の「腎尿路生殖器系疾患」としての位置付けとなっている。DSM-5同様に、性反応の三相概念の後退や男女の非対称性化が進んだ分類となった。また、disorder「～障害」からdysfunction「～不全」へと言い換えられ、「性の健康問題」としての扱いを印象付けられる。

ICD-11における女性性機能不全および性疼痛障害の下位分類は以下の通りである。

Sexual dysfunctions 性機能不全

Hypoactive Sexual desire Dysfunction 性欲低下症、

Sexual Arousal Dysfunction 性的興奮不全

Female Sexual Arousal Dysfunction 女性の性的興奮不全

Other Sexual Arousal Dysfunction その他の性的興奮不全

Orgasmic Dysfunctions オルガズム不全

Anorgasmia 無オルガズム症

Other Orgasmic Dysfunction その他のオルガズム不全

Sexual pain Disorder 性疼痛障害

Vaginismus 性疼痛・挿入困難症

性疼痛障害の下位分類からは、Dyspareunia 性交疼痛と Clitoral priapism 陰核持続勃起症は除外されている。性交疼痛は前述の通り、第16章の「腎尿路生殖器系疾患」に分類されている。Clitoral priapism は文献的な裏付けがまだ乏しいため、疾病分類からは除外された。

性機能不全の診断には期間が少なくとも数ヶ月にわたること、症状が臨床的に重大な苦痛に関連していることも必須となっている。また診断に考慮されるべき要因として、DSM-5同様に以下のものが挙げられている。

- ・病気や怪我、手術や放射線治療の影響
- ・精神疾患を含む心理的行動的要因
- ・精神作用物質や向精神薬の使用
- ・知識や経験の欠如
- ・関係性の要因
- ・文化的要因

このように、ICD-11において女性性機能不全は、DSM-5同様に女性独特の性反応や、性反応に影響しうる複雑な背景因子を考慮した全人的、包括的な診断へと変化しつつある。今後は議論の分かれる状態も含めて、女性性機能に対する客観的評価も含めたさらなる研究の蓄積が必要である。日本においては、性の健康の重要性についての認識が一般的にも、医療者の間においてもまだまだ高いとは言えない現状がある。2022年のICD-11の発効をきっかけに、健康問題としての性機能不全の認識と対応の必要性が、社会において、また医療従事者の間においてもさらに理解が進むことを期待したい。

〈略歴〉

1994年 大阪市立大学医学部卒業、同産婦人科入局、同大学医学部付属病院等勤務
1996年 筑波大学附属病院、総合守谷第一病院等茨城県内の病院に勤務
1999年～ 県西総合病院産婦人科医員
2005年～ つくばセントラル病院産婦人科部長（現職）
日本性科学会「セックス・セラピスト」認定（2010年、2015年、2020年再認定）
2018年～ 日本性科学会幹事（学術・編集担当）
産婦人科専門医、産婦人科指導医、母体保護法指定医、国際認定ラクテーション・コンサルタント、
日本性科学会幹事、茨城県母性衛生学会幹事、いばらき周産期メンタルヘルス研究会世話人

一般演題 1

一般演題 1

1 依存症専門外来でセクシャルマイノリティであることを自らカムアウトした物質使用障害患者の予備的研究

○西村 康平、板橋 登子、黒澤 文貴、小林 桜児

神奈川県立精神医療センター

【研究目的】 近年、セクシャルマイノリティについては、社会的な問題を中心に世界中で大きなテーマとなっている。物質使用障害患者は幼少期に逆境体験などを含めた「生きづらさ」を抱えていることが多く、周囲の養育者や大人たちに適切に頼ることが困難な環境にいたことで、他者に適切に相談したり、愚痴を言ったり、特に負の感情については表現することが非常に困難であることが多い。そして、物質使用障害患者にはセクシャルマイノリティである患者も存在しており、神奈川県立精神医療センター（以下当院）の依存症外来患者の中にも、セクシャルマイノリティである患者は存在する。一般的な物質使用障害患者の抱えている「生きづらさ」に加え、セクシャルマイノリティに特徴的な「生きづらさ」も存在していることが考えられ、それぞれの性自認や性的指向による臨床的特徴を理解することは、治療に際して重要であるが、わが国での依存症医療機関における調査報告例は乏しい。今回、当院依存症外来におけるセクシャルマイノリティ患者の臨床的特徴を予備調査したので、ここに報告する。

【研究の視点および方法】

2015年4月1日～2021年6月30日の期間、当院依存症外来初診患者のうち、物質使用障害患者であり、診療録にセクシャルマイノリティの記載がある39名を対象とした。対象者の性自認や性的指向、依存物質や生育歴などを調査した。

【倫理的配慮】

本研究は診療録をもとにした後方視的な研究であり、個人が特定されないよう個人情報には十分に配慮しており、神奈川県立精神医療センターの倫理委員会において承認されている。

【研究結果】

Cisgender について、Gay 患者は28名で最も多く、主な依存物質は覚醒剤が21名、シンナーが1名、危険ドラッグが2名、多剤が4名であった。Lesbian 患者は1名で、主な依存物質はアルコールであった。Bisexual 患者は男性2名で女性2名であり、主な依存物質は男性が覚醒剤、女性は向精神薬が1名、多剤（向精神薬と市販薬）が1名であった。Transgender については、Bisexual の Trans 女性が1名で依存物質は多剤（覚醒剤、危険ドラッグ）、Heterosexual の Trans 女性が1名で依存物質は多剤（向精神薬、大麻）、Trans non-binary が2名で主な依存物質はアルコールが1名、多剤（アルコール、大麻）、Questioning が2名で主な依存物質は2名とも多剤（向精神薬と市販薬、市販薬と大麻とコカイン）であった。

【考察】

Gay や Bisexual 男性では覚醒剤が主な依存物質であることが多く、そこから HIV 感染症に罹患する可能性も高いことが予測されるため Gay や Bisexual 男性の場合は、覚醒剤や HIV 感染症についても聴取をし、支援をすることが望ましいと考えられる。また、Transgender や Questioning では主な依存物質が多剤であることが多く、特に心理的にも重症であることが予測され、Cisgender よりも周囲に回復のロールモデルとなり得る存在が少なく、彼らのセクシャリティが不安定であることで不安定なアイデンティティとなるリスクが高いことが予測された。したがって、セクシャルマイノリティ患者を支援する場合、特に Transgender や Questioning 患者を支援する場合には、一見、眼には見えなくとも、彼らの抱えている「生きづらさ」を予測し念頭に置きながら支援をし続けることが重要であると考えられる。

一般演題 1

2 男性自殺企図者に対するホルモン値調査の結果報告－男性ホルモンと甲状腺ホルモンの比較－

○織田 裕行¹⁾、山田 妃沙子^{1) 2)}、池田 俊一郎¹⁾、許 全利¹⁾、北元 健^{1) 2)}、中森 靖²⁾、木下 利彦¹⁾

関西医科大学 精神神経科学講座¹⁾ 関西医科大学総合医療センター 救命救急センター²⁾

【はじめに】

関西医科大学総合医療センター（以下、当院）は、2001年から救命救急センターに精神科医師を配置し自殺対策に携わってきた。2006年からは自殺対策のための戦略的研究である ACTION-J に参画し、精神保健福祉士とも協働して自殺対策に取り組んでいる。

2010年1月から2014年3月まで、「大阪府 自殺未遂者実態調査事業」「大阪府 自殺未遂者連携支援事業」を通して大阪府の全救命救急センターと多施設連携を図り、2012年度からは「守口保健所管内 自殺対策関係機関連絡会」として大阪府守口保健所、市役所、警察署、医師会、消防組合、精神科病院などと身近な地域における多機関連携を図ることで自殺対策に取り組んできた。

厚生労働省自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課による「令和2年中における自殺の状況」によると、自殺既遂者の原因・動機別として最も多いのは「健康問題」であり、なかでも「うつ病」や「身体の病気」がその多くを占める。この「うつ病」と「身体の病気」という分類は必ずしも異なるものではなく、「うつ病」の原因となりうる「身体の病気」がいくつか知られている。なかでも甲状腺機能と精神症状との関係については、以前から広く知られている。そのため、甲状腺ホルモンとうつ病や自殺との関係を検討した報告は以前から多数存在する。一方、近年 LOH 症候群（Late-Onset Hypogonadism）が注目される中、男性ホルモンとうつ病や自殺との関係を検討した報告が増えている。

今回、自殺企図者の男性ホルモン値の調査を行う機会を得た。甲状腺ホルモン値についても並行して調査したので結果を報告し、若干の考察を加える。

【対象と方法】

2017年4月から2020年3月までに当院救命救急センターに搬入された自殺企図者。年齢は20歳以上、性別は男性に限定しカルテ調査を行った。本研究は関西医科大学総合医療センター倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】

対象となったのは71人であった。

甲状腺ホルモンとして遊離サイロキシン値が測定されていた。36人で測定され、1人が基準値を下回っていた。

男性ホルモンとしては総テストステロン値が測定されていた。22人で測定され、9人が基準値よりも低下していた。

両ホルモン値が測定されていたのは21人で、この21人の遊離サイロキシン値は全て基準値内にあったが、総テストステロン値は9人で低下していた。

【考察】

遊離サイロキシン値は対象者の50.7%で測定されていたが、総テストステロン値の測定は31.0%にとどまっていた。ホルモン値が測定されていた者に占める基準値よりも低下していた者の割合は、遊離サイロキシンで28%、総テストステロンで40.9%であった。

これらのことから、当院救命救急センターに自殺企図者が搬入された際、精神症状の原因となる器質的疾患を除外すべく遊離サイロキシン値は検査される傾向にあったがほぼ正常範囲内にあり、総テストステロン値は対象の4割で基準値を下回っていたが検査頻度は低いことが分かった。再企図予防の観点からどちらのホルモン値を測定するのが有用であるか、さらに詳細な検討が必要であると考えられた。

一般演題 1

3 月経困難症に対するホルモン治療が女性の気分障害や性機能障害に及ぼす影響についてのアンケート調査

○池田 詩子^{1) 2) 3)}、水上 明保²⁾、逸見 博文¹⁾、高崎 和樹³⁾、高田 美乃莉³⁾、三宅 太郎³⁾、遠藤 俊明^{1) 4)}

国家公務員共済組合連合会斗南病院 婦人科・生殖内分泌科¹⁾、伏古レディースクリニック²⁾、自衛隊札幌病院 産婦人科³⁾、札幌医科大学 産科婦人科⁴⁾

【研究目的】低用量エストロゲン・プロゲスチン配合剤（LEP）やプロゲスチン製剤が、日本で月経困難症治療に用いられるようになって10年以上が経過し、普及が進んでいる。海外では避妊や治療で用いられるLEPやプロゲスチン製剤で女性性機能障害を起こすことが知られており、そのような場合に推奨される対応についての声明（J Sex Med 2019;16:1681）が発表されているが、日本人女性における報告は少なく実態は明かではない。そこで、これらの薬剤による副作用の頻度について調査し、特に性機能については国際的指標であるFSFIを用いて評価した。

【方法】2021年6月～7月の約1か月間に3施設に受診した、月経困難症をホルモン治療中の患者にアンケート用紙を配布し、外来で回収できた回答結果を集計・解析した。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理委員会の承認を得た後、アンケートは匿名で行い、回収箱に投函する形式でプライバシーに配慮して実施した。

【結果】3施設で回収できたアンケート108を調査した。回答者の年齢は14歳～51歳（平均35.4歳、最頻値24歳、無回答4例）で、使用中の薬剤はフリウェルLD7、フリウェルULD37、ヤーズフレックス22、ジェミーナ3、ジェノゲスト1.0mg 23、ディナゲスト0.5mg 5、ミレーナ5、無回答6で、現在の薬剤での治療期間は1か月以内7、1～3か月14、4～6ヶ月11、7～12か月12、1年以上58、無回答6例であった。治療の理由（複数回答可）は、月経困難症66、過多月経37、避妊16、月経不順19、月経前症候群11、子宮内膜症26、子宮筋腫12、子宮腺筋症8、その他5で、治療の効果は、とても改善62、まあまあ改善36、変化なし5、悪化0、無回答5（うち、まだわからないと記載1）であった。副作用については、ない68、ある38、無回答2で、副作用の内訳（複数回答可）は体重増加13、気分障害12、不正出血11、頭痛5、性交痛5、性欲低下4、脱毛2、関節痛1、筋力低下1、その他8であった。うつ病や不安障害などのスクリーニングに用いられるK6のスコアの平均値は4.4、最頻値0、最高値24、無回答4で、治療により気分障害が改善した26、変化なし62、悪化した4、無回答16であった。性交頻度は月1回以上46、年1回以上19、1年以上なし23、無回答20であった。女性性機能の指標であるFSFIは完全回答数73、部分回答7、無回答28で、スコアの平均値（最低値-最高値、最頻値）は性欲4.3（2-10、2）、性的高まり9.7（0-20、12）、潤滑13.4（0-20、20）、オルガズム8.1（0-15、0）、満足度9.1（0-15、12）、性交痛8.7（0-15、15）で、各項目が治療で改善・悪化したかの問いに関しては、すべての項目で変化なし35、わからない16、無回答37で、いずれかの項目で改善か悪化があったのは18例だった。詳細の例数（改善、悪化）は、性欲（1、12）、性的高まり（1、7）、潤滑（1、5）、オルガズム（2、2）、満足度（2、4）、性交痛（2、10）であった。

【考察】月経困難症の治療で原疾患の症状は改善しているが、気分障害の悪化や性機能障害、特に性欲、性交痛、性的高まりで悪化を感じている症例が少なくなかった。性機能障害については、自覚があっても外来で主治医に相談しにくいことも考えられ、ホルモン治療の副作用としての医師・患者相互の認識と、症例に応じた細やかな対応が必要である。

一般演題 1

4 二分脊椎症のある女性の性教育に関するニーズ

○笠井 久美

茨城県立医療大学看護学科

【背景】二分脊椎症のある方は、脊髄の損傷部位によって身体障害の程度が様々であり、水頭症により知的機能への影響もある。これらの疾病や障害が、性への消極性やパートナーとの関係の築きにくさ、現在および将来の性に対する不安や満足度の低下につながっている。しかし、二分脊椎症のある方の性の研究では、性教育の方法のエビデンスが不足しているとも言われているため、どのような性教育をしたらよいか検討が必要である。

【研究目的】本研究の目的は、二分脊椎症のある女性の性教育のニーズを明らかにすることである。

【研究方法】対象者は、18歳以上40歳未満の二分脊椎症のある女性であった。対面、電話、ZOOMのいずれかの方法で、インタビューガイドを用いた個別の半構造化面接を実施した。フェイスシートでは、年齢、交際経験の有無、婚姻歴の有無、身体状況などを調査した。インタビュー内容は、これまでに受けてきた性教育、役立った性教育、してほしい・してほしかった性教育、二分脊椎を踏まえた教育の必要性であった。谷津(2017)の方法を参考に、質的記述的に分析をした。

【倫理的配慮】本研究は、茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得た(No 929, e279, e291)。

【結果】研究協力者は5名で、10代1名、20代3名、30代1名であった。診断名は、脊髄髄膜瘤3名、脊髄脂肪腫1名、不明1名であった。病変部位は、Th12 1名、L5-S1 2名、不明3名であった。水頭症あり4名、なし1名であった。交際経験あり4名、なし1名、婚姻歴は全員なかった。二分脊椎症のある女性の性教育のニーズについて7カテゴリーが抽出された。「一般的な性教育」では、一般的な性の知識および健常者の体や視点を理解すること、避妊・性暴力・偏見についてよく知らないこと、早くから性教育を受けたいという内容であった。「性について話せる環境」では、性については人に聞きにくく、気軽に聞ける環境がなく、医療者や教育者、家族とは性についてあまり話したり聞くことができないが、話を振られれば話せるという内容であった。「多様な教育方法」は、同性・異性のどちらと話しやすいかは人それぞれであり、いろいろな形態、わかりやすい方法で教育してほしいという内容であった。「真の理解者からの教育や情報」は、同じ病気や障害の人から情報を得たい、同じ病気の人への性に関する支援をしたいという内容であった。「信頼ある人からの信頼ある教育や情報」は、家族・親戚の女性から性について学び、支援を受けており、身近な信頼できる人と性について話したく、信頼ある情報を得たいという内容であった。「病気や障害に関する他者からの理解」では、交際相手に病気や障害について理解を得ており、病気や障害のある人の性について一般の人にも理解してもらいたいという内容であった。「二分脊椎症を踏まえた性教育」では、病気や障害に合わせて性について対処してきたが、一般教育に加えて二分脊椎症を踏まえた性教育をしてほしい、恋愛・交際・性行為・結婚・妊娠・出産について知りたいという内容であった。

【考察】今回の結果は、主に10～30代の二分脊椎症のある女性への性教育に役立つと考える。二分脊椎症のある方には、運動障害の他、外からは見えにくい膀胱直腸障害がある。そのため、一般的な性教育と身体状況にあった性教育が求められている。しかし、現時点では性の情報を得る機会が少ない。今後、教育の具体的な内容、時期や教育者、提供方法をさらに検討していく必要がある。また、病気や障害について交際相手に説明をする時が来ることから、自分の体について十分に知り、相手に説明できる教育が必要である。

一般演題 1

5 挿入障害患者の受診中断のリスク因子についての後方視的検討

○村田 佳菜子^{1) 2)}、関口 由紀¹⁾

女性医療クリニック LUNA 横浜元町¹⁾、東部地域病院²⁾

【背景】挿入障害とは、なんらかの原因で penis を vagina に挿入できない状態を指す。女性側の原因として最も多い病態として vaginismus が挙げられる。Vaginismus は DSM-5 によれば「膣の外 1/3 の部分の筋層に反復性、または持続性の不随意攣縮が起こり、性交を障害するもの」と定義されているが、実際には診察が不可能であったり、可能でも膣の不随意収縮を触知できない場合があるため、定義を満たさない場合でも vaginismus として認知行動療法が行われている。しかし、認知行動療法は時間もかかり、治癒率も高くない。治癒率が高くない理由として受診を中断する例が多いことが挙げられる。

【目的】今回、初診のみで来院のない例を含め、受診を中断してしまう例ではどのようなリスク因子があるのかを検討した。

【方法】2019 年 4 月から 2021 年 3 月までに挿入障害を主訴に女性医療クリニック LUNA ネクストステージ、東部地域病院の女性性機能外来を受診した vaginismus の患者 44 人のうち除外項目に該当しなかった 38 人を、治癒群 8 人（痛みのない陰茎の挿入、膣内への射精が可能になったもの：A 群）、治療継続群 11 人（治療を継続しているもの：B 群）、2 度受診以降の治療中断群 11 人（2 度以上の受診があり、治癒を確認していないが最後の受診から半年以上経つもの：C 群）、初診のみ群 8 人（初診のみでその後受診がないもの：D 群）、A + B 群を治療群 19 人、C + D 群を受診中断群 19 人に分類して、背景、治療方法、経過、転機について検討した。

【結果】治療群のうち治癒群の割合は 36.8% であった。初診のみ群は対象患者全体の 21.1%、2 度受診以降の治療中断群は 26.2% であり、あわせた受診中断群は 50.0% であった。

治療群と比較し受診中断群で BMI 20 未満の例が有意に多かった ($P=0.014$)。年齢が優位に低かった ($P=0.018$)。退避行動を示さない Lamont gradel、2 の割合が高い傾向にあった ($P=0.051$)。本人の交際歴ありの割合が高い傾向にあった ($P=0.072$)。一方でパートナーと婚姻関係の有無、挙児希望の有無、原因となる negative episode（性的外傷経験や性に否定的な教育など）の有無、Female Sexual Functional Index の点数、性嫌悪の有無、パートナーの受診の有無では両群間に有意差はなかった。

治療方法については、カウンセリング併用の有無で両群間に有意差はなかったが、2 度受診以降の治療中断群ではカウンセリングを併用した例はなかった。骨盤底リハビリテーション併用の有無で有意差はなかった。

治療経過については、パートナーの来院の有無は両群間で有意差はなかったが、初診のみ群ではパートナーが来院した例はなかった。また、2 度受診以降の治療中断群と治療群の比較では、精神疾患（うつ病やパニック障害）の併存率が高い傾向にあった ($P=0.088$)。

【考察】受診中断のリスク因子として MBI20 未満、低年齢が挙げられた。また過去に交際歴があること、病態が軽症であること、精神疾患の併存がリスク因子である可能性があった。受診中断のリスクのある患者では、適切な時期にカウンセリングを導入し、早めの段階でパートナーに受診してもらうことで受診中断を防ぐことができる可能性が示唆された。今後症例を重ね、新たな評価項目を検討することで受診中断を防ぐ適切な介入方法を検討していきたい。

一般演題 1

6 当院におけるMRKH症候群に対する造膣術の周術期および術後経過の検討

○志賀 尚美、久野 貴司、石橋 ますみ

東北大学病院 産婦人科

【研究目的】膣欠損症は ミュラー管の発達障害によって膣が欠損する疾患で、Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) 症候群としても広く知られている。染色体は正常女性核型 46, XX で、膣は欠損、もしくはあっても膣入口部にくぼみ程度である。発生頻度は約 5000 例の女児出生あたり 1 例程度であり、原発性無月経を主訴に診断されることが多い。膣欠損に対して性交渉を可能にする目的で、非観血的もしくは手術療法による造膣術が提案される。造膣術は様々な術式が報告されているが、未だに標準手術は確立していない。当院では 2011 年より Vecchietti 法を第一選択としている。Vecchietti 法による造膣術の周術期および術後経過について後方視的に検討する。

【研究の視点および方法】2011 年より現在までに当院で MRKH 症候群と診断し、造膣術として Vecchietti 法を実施した症例の周術期情報（手術時間、出血量、術前後の膣長）、術後の新生膣の所見や性交状況について診療情報より抽出し検討した。

【研究結果】該当症例は 4 例であった。4 例の手術実施時の平均年齢は 21.5 歳、平均手術時間は 112 分、平均出血量は 0ml であった。術後経過を症例ごとに検討した。症例 1 は膣長が術前 1cm から術後 8cm となり、性交渉に支障なく終診となった。症例 2 は膣長が術前 1.5cm から術後 5cm で性交渉に十分な膣長が得られなかった。ダイレーターによる非観血的延長を試みたが延長困難であり、再度 Davydov 法（腹膜利用）にて再手術を施行し、最終的に膣長は 8cm となった。術後 4 年時点で、性交渉に支障なく満足度が保たれている。症例 3 は膣長が術前 4cm から術後 9cm へ延長され、術後結婚され性交渉に支障なく、満足度が高い状況を保っている。症例 4 は膣長が術前 1cm から術後 10cm に延長され、新生膣先端に肉芽あるも不正出血なく QOL はよい。術後はパートナーがいなかったため新生膣の再狭窄を予防するためダイレーターを定期的に使用し膣長、膣幅を保っていた。性交渉の満足度は評価不能だが、婦人科内診は術後 2 年時点で全く疼痛なく実施できており新生膣の状態は良好である。

【考察】当院の造膣術（Vecchietti 法）の周術期および術後経過について後方視的に検討した。4 症例中 1 症例で新生膣の膣長が不十分で再手術となったが、145cm と低身長であったため、構築しうる新生膣長が解剖学的にもともと短い可能性、痕跡子宮があったために周囲組織の可動性が悪く膣長進展に悪影響を及ぼした可能性、新生膣の頂点が痕跡子宮に当たり、新生膣の伸展の妨げになった可能性がある。低身長や痕跡子宮を有する場合は Vecchietti 法が適切でない可能性が示唆された。それ以外の性交渉がある 2 症例は術後の性交渉に満足しており、残りの 1 症例も新生膣はダイレーターによる定期管理で管理可能であった。本検討の性交渉に関する評価は診療情報の本人の主訴のみにて限界性がある。今後性機能評価について FSFI などの客観的な指標で経時的な評価を実施したい。造膣術による性交渉の満足度などについて文献的考察を加えて報告する。

一般演題 1

7 骨盤腹膜利用造腔術 (Davydov 法) を受けた先天性腔欠損症患者の性機能調査～性交痛を訴えた一例の解析～

○菅沼 信彦^{1) 2) 3)}、柴田 俊章²⁾、岩田 歩子³⁾

名古屋学芸大学¹⁾、浜松医科大学²⁾、京都大学³⁾

【研究目的】先天性腔欠損症 (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) 症候群) は、ミュラー管の発生異常により子宮と腔の一部もしくは全部が欠損する性分化疾患である。卵巣機能は通常は正常であり、二次性徴も認められるが、原発性無月経により思春期以降に診断される場合が多い。腔欠損に対しては、性交を可能とするための造腔術が施行されるが、近年、腹腔鏡下に骨盤腹膜を用いた造腔術 (Davydov 法) が広く行われてきている。しかしながら、術後の人工腔の状態や性機能に関する報告は少ない。そこで我々は、術後3年経過した時点で性交痛を呈した MRKH 症候群患者において、Davydov 造腔術後の性科学的留意点を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】当該 MRKH 症候群患者は17才時に Davydov 造腔術を受けたが、20才にて性交痛を主訴に受診した。我々は、女性性機能尺度 (female sexual function index: FSFI) を用い当症例の性機能を評価し、97名の同年代の一般女性 (21.0 ± 2.6 (平均 $\pm$ 標準偏差) 才) のデータ (2017年4～10月に実施) と比較検討した。

【倫理的配慮】患者からはインフォームド・コンセントを得て、外来診療の一環として FSFI による調査を行った。一般女性への調査では、京都大学大学院医学研究科・医学部及び附属病院医の倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号: R0889)。

【研究結果】FSFI は6項目より構成され、各項目6点満点で総計36点となり、高得点ほど性機能が高いことを示す。本症例の FSFI 総得点は28.7で、一般女性の 23.1 ± 8.2 と比べ高値であった。また項目別では「性欲」が3.6で一般女性 (3.5 ± 1.0) とほぼ同様であったのに対し、「性的興奮」が4.8 (一般女性: 3.5 ± 1.7)、「オルガズム」が6.0 (同: 3.1 ± 1.9)、「性的満足感」が5.6 (同: 4.5 ± 1.5) と高値を示した。予想に反し、「潤滑」も5.1 (同: 4.5 ± 2.0) と同様～高値であった。これに対し、「性交痛」は3.6 (同: 4.0 ± 2.1) とやや低値を示した。また MRI 断層撮影においても、術後の膀胱、腸管、卵巣等の骨盤内臓器の異常は認められなかった。

【考察】当 MRKH 症候群患者においては、十分な性機能を有することが示された。Davydov 手術後では牽引された腹膜からの腔潤滑液の分泌が不足し、その結果としての性交痛が生じている可能性を予測したが、自答式の FSFI では明らかではなかった。MRKH 症候群は、生殖補助医療においては代理懐胎・代理出産の対象として、また近々では子宮移植のレシピエントとしても注目されているが、その性機能に関しても生活の質 (QOL) の向上のため、治療管理法を検討していく必要があると考えられる。

一般演題 1

8 射精アレルギー (Postorgasmic illness syndrome: POIS) 5 例の経験

○小堀 善友

プライベートケアクリニック東京

【研究目的】射精後に体調悪化を認めるオーガズム後症候群 (Postorgasmic illness syndrome: POIS) は、自分の精液によるアレルギー、もしくは自律神経の不調を原因とする稀な疾患である。我々は3か月という短期間に5例のPOISを経験したので、その病態を評価し考察を行った。

【研究の視点および方法】2021年4月から7月の3か月間に当院を受診したPOIS患者5例の年齢、症状、基礎疾患、治療に対しての反応について評価した。

【倫理的配慮】患者に対してICを行い、研究に関する了解を得た。

【研究結果】症例は5例の男性 (年齢17～53歳、中央値25歳)。4人は生来より、1人はある時期を境として、射精後の体調悪化を主訴としていた。症状は、射精後の全身倦怠感3例、うつ症状2例、集中力の低下4例、目やのどの痛み2例であった。全症例とも、射精後1週間以内に症状は自然軽快していた。2例はマスターベーションと比較すると、セックス後に症状が悪化していた。全症例に対して、抗ヒスタミン薬であるピラスチン (ピラノア[®]) 20mg1錠眠前を開始した。開始後2週間にて、4例は症状の改善を認めた。症状に応じて、2例にNSAIDであるロキソプロフェン (ロキソニン[®]) 60mg1錠頓用を追加処方した。

【考察】POISは2002年に世界で初めて報告された比較的新しい疾患である。POISの定義として、①射精後にインフルエンザ用の症状 (全身、頭、目、鼻、喉、筋肉の不調)、②射精後数時間以内に発症する、③射精後90%以上に症状が発症する、④症状は2～7日間持続する、⑤症状は自然軽快する、とされている。過去302人を解析した報告によると、POIS男性の70%がマスターベーションを、62%がセックス避けるようになっており、性生活に重大な影響を与えていることが判明した。また、抗ヒスタミン薬を使用した約半数、ナイアシン (ビタミンB3) とNSAIDを使用した約4分の3の患者に症状の改善を認めた。

当院を受診した5人の受診動機は、全員POISに関する当院のブログを読んだことがきっかけとなっていた。また、1人は遠方に在住であり、オンライン診療にて診察を行った。たった3か月で5人の患者が受診したことを考慮すると、まだまだPOISが認知されていないだけで、多くの潜在的患者が全国にいる可能性が高い。POISは、男性の性生活に悪影響を与える可能性が高く、治療に効果的な症例が多いことを考慮すると、患者だけでなく医療者に対しても、POISという疾患に関する啓発がさらに必要であると考えられた。

一般演題 1

9 行動療法と交流分析を用いた心理カウンセリングで自然妊娠に導いた心因性膣内射精障害の一例

○木村 将貴¹⁾、道場 勇太²⁾

帝京大学医学部附属病院泌尿器科¹⁾、カウンセリングルーム エゾルプ²⁾

膣内射精障害 (Intravaginal ejaculatory dysfunction: IVEjD) は不適切なマスターベーションによるものと心因性によるものに分類される。前者に対しては TENGA® に代表される masturbation aid による修正が有効と報告されている。一方で後者について確立された方法はない。今回われわれは独自の行動療法と交流分析を用いた心理カウンセリングで自然妊娠に至ったクライアントを経験したので報告する。

症例は 37 歳、男性。2019 年に 29 歳のパートナーと結婚。それまで性行為の経験はなかったが、パートナーは性体験があった。挙児希望があるが、結婚後より幾度となく性交をしても膣内射精に至らないことを主訴に当院を受診。精通は中学 2 年、グリップは強めだがスラスト法により射精は可能。当院受診前に TENGA メンズトレーニングカップを使用していたが、膣内射精は不可能であった。性機能インテークではマスターベーションでの興奮障害、オルガズム障害は認めず、早朝勃起も正常であり勃起機能に異常は認めず。内分泌検査では LH、FSH、テストステロン、プロラクチンのいずれも異常なし。既往歴に ADHD あり、一時期コンサータを服用していたが、症状軽快し 2018 年 12 月に中止。現在服用している治療薬はなかった。

上記より心因性膣内射精障害と診断、性的不安やターンオフメカニズムによる射精とオルガズムの喪失と見立てセックスセラピーを開始。まずエゴグラムで性格分析を行なった結果、CP (critical parent) と AC (adapted child) が比較的高く、どちらでもないと答えた合計点が 15 であった。行動療法においてはマスターベーションにおける性的対象がハードコアボルノであったため、対象の是正と回数の制限を指示。さらに独自のカップル用膣内感覚集中法を用いてパートナーとの共同作業で行動療法を進めた。具体的には step1 として膣内挿入を禁じてタッチング (センサーフォーカス法)、step2 として挿入はするが動かさずオルガズムと射精を目指さずに、その前段階の手順や体位を覚え体に馴染ませるよう指導、step3 として挿入後に膣外射精を許可、射精しそうな場合は弱いグリップのスラスト運動での膣外射精をするように指導、step4 では挿入後は勃起を維持する程度の挙動とし、オルガズムが近くなった場合には自由に動かし膣内射精を許可した。上記行動療法をベースとしたセックスセラピーを 3-4 週おきに行い、行動療法の進捗が滞った場合は心理カウンセリングで心理面をサポートした。その結果、3 回目のセッションで step3 まで、5 回目のセッションで step4 まで到達した。7 回目のセッションではほぼ膣内射精可能となり、セックスセラピー 10 回目、治療開始から 12 ヶ月後にパートナーの自然妊娠を確認した。

一般演題 1

10 筑波大学附属病院男性不妊症外来における腔内射精障害と未完成婚症例の検討

○小田 翔斗¹⁾、古城 公佑²⁾、木村 友和²⁾、末富 崇弘^{2) 3)}、森 悠樹⁴⁾、川崎 彰子⁴⁾、根来 宏光²⁾、西山 博之²⁾

筑波大学医学群医学類¹⁾、筑波大学附属病院泌尿器科²⁾、茨城西南医療センター病院³⁾、筑波大学附属病院産科婦人科⁴⁾

【背景】男性不妊症の原因は、造精機能障害、精路通過障害、性機能障害の3つに大別される。特に性機能障害は、晩婚化やライフスタイルの多様化に伴い、近年増加傾向にある。性機能障害のうち、勃起障害(ED)と射精障害(EjD)は、カップルにとって挙児が得られない直接の原因となりうるため特に重要である。これらが最も深刻になると、性交時に射精ができない腔内射精機能障害(intravaginal ejaculation dysfunction; IVEjD)や、パートナーの腔内に挿入ができない未完成婚の状態に至る。本研究では、当院を受診した男性不妊症患者のIVEjDと未完成婚の実態について検討した。

【対象と方法】2018年～2020年に筑波大学附属病院の男性不妊症外来を受診した患者83例分の診療録を参照し、後方視的にIVEjDもしくはUMのいずれかに該当する症例を抽出した。これらを重度性機能障害(severe sexual disorder; SSD)と定義した。SSDと非SSDとの間で年齢、身体所見、内分泌所見、精液所見、妊娠予後を比較した。またSSDの原因を定性的にまとめ実態を検討した。

【倫理的配慮】本研究は筑波大学附属病院倫理委員会の承認のもと実施した(R01-282)。

【結果】83例中IVEjDは7例、未完成婚は2例あり、これら9例をSSDとした。患者とパートナーの年齢の平均はそれぞれ38歳、33歳であり、SSDと非SSDの間に差はなかった。SSDは、非SSDと比較して精液検査異常の割合が少ない傾向があったが、その他身体所見や検査所見には明らかな差はなかった。SSDでは9例中5例にEDが疑われたが、9例全例がマスターベーションによる射精が可能であった。一方で現在のパートナーを含み、女性との性行為を完遂できた経験がある症例は1例もなかった。SSDにおけるED以外の問題として不適切なマスターベーションや、性体験の不足、性行為の回避があった。パートナー側の精神病やワギニズムもSSDの一因と考えられる症例は2例あった。SSDで妊娠できたものは9例中3例あり、非SSDと比較すると妊娠に至る期間は短い傾向にあった。一方SSDで妊娠した症例は全例が人工授精や体外受精による性行為を伴わない治療による妊娠であった。

【考察】本研究において重度SSDは、全例が生涯で射精を伴う性行為を完遂できなかった。これに該当する男性は、不妊症外来を受診した患者の10.8%を占め、専門外来を受診している患者であることを考慮しても、SSDに悩む患者が予想以上に多いことが判明した。性機能障害は、神経障害、血管障害、内分泌障害などの身体的な異常が原因となることもあり、全般的な性機能障害を伴えばマスターベーションも不可となる。しかし今回調査した9例はすべてマスターベーションで射精することができたことから、生活習慣や心理的な問題が大きな要因であることが示唆された。特に性行為の回避など、不妊治療を専門とする医師にとって介入の難しい因子も存在することから、治療に難渋する症例も少なくないことが伺えた。しかし本研究では、積極的なカウンセリングや、性行為を伴わない不妊治療を早期に導入することで妊娠に至る症例も少数ながら存在した。SSDは患者にとって医師に伝えづらい問題であることから、不妊治療にあたる医師は、初診時点でSSDの可能性をまず疑い、積極的に介入することが重要と考えられた。

◆第 40 回日本性科学会学術集会 協賛一覧◆

第 40 回日本性科学会学術集会を開催するにあたり、多くの皆様からご協賛をいただきました。ここに深く感謝の意を表します。

第 40 回日本性科学会学術集会
会長 針間 克己

ジェクス株式会社
大東製薬工業株式会社
大日本住友製薬株式会社
武田薬品工業株式会社
DKSH ジャパン株式会社

(50 音順、敬称略、令和 3 年 10 月 10 日現在)

日本性科学会雑誌（第 39 巻 2 号）

2021 年 10 月 1 日発行

発行責任者：日本性科学会理事長 針間克己

学会事務局：〒113-0033 東京都文京区本郷 3-2-3 森島ビル 4F

編集責任者：第 40 回日本性科学会学術集会会長 針間克己

大会事務局：〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 3 丁目 24-1 カスタリア御茶の水 102

はりまメンタルクリニック

担当：針間克己

印 刷：株式会社ウィアライブ
