

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.40 NO.1 July . 2022

巻頭言 針間 克己

原 著 閉経前子宮頸がん患者における広汎子宮全摘術前後の
セクシュアリティおよび QOL の変化に関する前方視的検討
..... 宇津木久仁子, 阿部 彰子, 渡邊 知映

ポルノグラフィの問題ある利用が引き起こす生活問題の検討
ー生活支障度, 精神健康, 生活時間の関連ー 岡部 友峻, 伊藤 大輔

二分脊椎症者の性教育ニーズー当事者へのインタビューを通してー ... 笠井 久美, 昨野 智哉
松田 英子, 藤岡 寛

自殺企図男性のホルモン値に関する検討 織田 裕行, 山田妃沙子, 池田俊一郎
許 全利, 北元 健, 松岩 七虹
中森 靖, 木下 利彦

依存症専門外来でセクシュア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, 小林 桜児
板橋 登子, 黒澤 文貴

臨床報告 当院における Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群に
対する造脣術の周術期および術後経過の検討 志賀 尚美

第15回 日本性科学会近畿地区研修会講演抄録

日本性科学会倫理規程について 大川 玲子

日本性科学会倫理規定抜粋 一般原則

編集後記 中塚 幹也

日 本 性 科 学 会
Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

日本性科学会理事長 針間 克己

2年前に、初めて巻頭言を書いたとき、コロナについて書きました。去年もコロナについて書きました。今年になり、多くの人がワクチンを打ち、感染者もじわじわ減り、飲食店や国内旅行もだんだんと正常化していき、「コロナもそろそろ終わりかな」と思い始めていました。が、この巻頭言を書いている7月、また急速な感染拡大を示しています。以前ほどの重症化リスクではないので、それほど気にせず、日常生活を送る、という人も増えてきているかもしれません。しかし、医療従事者としては、感染対策を怠るわけにはいかず、相変わらず暑い中にマスクをして、飲み屋に行くこともできず、学会も講演会もリアルには会えずにオンラインばかりです。

今年、2月にはロシアがウクライナに侵攻しました。文明社会が無残に破壊されていくという戦争の様子が、インターネット上でライブで見られ、それが日常の中で情報として消費されていくのに、現代の特殊な恐ろしさ感じます。また、そういった動画にも、だんだん慣れて飽きてくるという、人間のありようにも、さらに、恐ろしいものを感じます。

また、この原稿を書いているつい先ほど、安倍元総理が射殺されるという事件が起こりました。動機などの真相はまだ未解明ですが、いずれにせよ、非常に恐ろしい事件でした。

このように、嫌なことが2つ3つと重なると、正常な認知であるならば、気分もネガティブなものにならざるを得ません。こんな世の中で、性科学をする意味とは何なのか？と考えこんでしまいます。学問の世界に身を浸すことは、つらい現実から目をそらす逃避行動ではないか？などとも考えてしまいます。

しかしながら、現在私たちがこうやって生きているのは、長い歴史の中で知識を蓄え、多くの愚かな判断を繰り返しながらも、そこから少しずつでも学び、理性的に考えるすべを、徐々にでも身に付けてきたからなのだと思います。

そうであるならば、つらい時代、世相の中であっても、我々は性科学を学び、正しい理解に一つずつ近づいていくことが、長期的にはよりよい世界になっていくことに貢献できるのではないかと思います。

本号も、性科学会らしく、視点はさまざまありますが、性科学にあたらしき知見をもたらす、有用な論文が連なっています。厳しい現代の中にあっても、未来への光明と感じさせるものかと思っています。

目 次

巻 頭 言	針間 克己	1
原 著	閉経前子宮頸がん患者における広汎子宮全摘術前後の セクシュアリティおよび QOL の変化に関する前方視的検討 ……………宇津木久仁子, 阿部 彰子, 渡邊 知映	3
	ポルノグラフィの問題ある利用が引き起こす生活問題の検討 ー生活支障度, 精神健康, 生活時間の関連ー ……………岡部 友峻, 伊藤 大輔	15
	二分脊椎症者の性教育ニーズー当事者へのインタビューを通してー ……………笠井 久美, 昨野 智哉 松田 英子, 藤岡 寛	25
	自殺企図男性のホルモン値に関する検討 ……………織田 裕行, 山田妃沙子, 池田俊一郎 許 全利, 北元 健, 松岩 七虹 中森 靖, 木下 利彦	39
	依存症専門外来でセクシュア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, 小林 桜児 板橋 登子, 黒澤 文貴	51
臨床報告	当院における Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群に 対する造脣術の周術期および術後経過の検討	志賀 尚美 63
第15回 日本性科学会近畿地区研修会講演抄録		67
日本性科学会倫理規程について	大川 玲子	71
日本性科学会倫理規定抜粋 一般原則		72
編集後記	中塚 幹也	79
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		80
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		84
資格認定更新に関する規定		86
日本性科学会研究倫理審査委員会規定		88
投稿規定		91
学術論文投稿及び学会発表倫理規程誓約書・利益相反自己申告書		93
日本性科学会総会議事録		97
日本性科学会役員		107

原 著

閉経前子宮頸がん患者における広汎子宮全摘術前後の セクシュアリティおよびQOLの変化に関する前方視的検討

がん研究会有明病院婦人科¹⁾

昭和大学保健医療学部看護学科²⁾

宇津木久仁子¹⁾, 阿部 彰子¹⁾

渡邊 知映²⁾

Prospective study of sexuality and QOL after radical hysterectomy in premenopausal cervical cancer patients

Department of Gynecology, Cancer Institute Hospital of JFCR¹⁾

Showa University School of Nursing and Rehabilitation Sciences²⁾

Utsugi Kuniko¹⁾, Abe Akiko¹⁾

Watanabe Chie²⁾

概 要

閉経前の子宮頸がん症例で広汎子宮全摘術前と術後1年のセクシュアリティとQOLを前方視的に調査した。症例は26例で平均年齢は40.2歳。I期17例, II期8例, III期1例で, 術後治療は化学療法10例, 化学療法併用放射線治療 (CCRT) 6例, 放射線治療1例, なしが9例であった。卵巣機能温存あるいは術後ホルモン補充 (ERT) は11例, 補充なしが15例であった。FACT-Cx, FSFIを用いて評価した。QOLを表すFACT-Cxの総合点は術前後で有意差はなかったが, 社会/家族面のスコアは術後に減少していた。性機能を表すFSFIは術後有意に減少していた。特に疼痛と膣の潤滑, 性的興奮で有意であった。術後治療別では, CCRT症例でFACT-Cx, FSFIともに低下していた。ERTなしの症例では, 卵巣機能温存あるいはERT施行症例と比較するとFSFIが低い傾向が見られた。術後1年以内に性交を開始していたのは10例 (38%) であり, 術前3ヶ月以内に性交があった症例に限ると50%で術後1年以内に性交していた。術後のホルモン環境, 術後補助療法の選択等で, 広汎子宮全摘術後のQOLは変化すると考えられる。

Synopsis

Sexuality and QOL of premenopausal cervical cancer patients were investigated prospectively before and one year after radical hysterectomy. Twenty six patients (17 stage I, 8 stage II, 1 stage III) were included for analysis. Average age was 40 y.o. Adjuvant therapy was performed for 17 patients:

10 chemotherapy, 6 CCRT, 1 radiotherapy. Eleven patients were under estrogen environment (preserved ovary or estrogen replacement therapy (ERT)). Sexual function and QOL were assessed using Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix (FACT-Cx) and Female Sexual Function Index (FSFI). FACT-Cx total score did not change after radical hysterectomy, but social/family well-being score decreased. FSFI total score decreased significantly after surgery. Scores for pain, lubricity, and arousal also decreased significantly. Both FACT-Cx and FSFI scores were the lowest in patients who received CCRT as an adjuvant therapy. FSFI score tended to be lower in estrogen-free patients compared with patients who preserved ovaries or received ERT. Ten patients (38%) started intercourse within one year after surgery. Among the patients who had intercourse during the 3 months prior to surgery, 50% of patients were able to resume intercourse within one year after surgery. Hormonal environment and adjuvant therapy would influence sexuality and QOL after radical hysterectomy.

Keywords: cervical cancer, radical hysterectomy, sexuality, FACT-Cx, FSFI

緒 言

わが国において、子宮頸がんの罹患数は年間10,776人（2015年）、死亡数は2,871人（2018年）で、それぞれ、全がんの5位、8位を占めている¹⁾。子宮頸がんはその主なる原因がHPV感染であり、他のがんと比較し30-40歳代の発症が多いという特徴がある。この年代は、これから結婚や妊娠を検討しようとする女性や子育て中の女性など、社会との関りの多い年代である。IA 1期までであれば子宮温存も可能であり、さらにIB1期であれば、腫瘍の組織型、大きさ、局在によっては広汎子宮頸部摘出術も選択肢となり得るものの、一般的には広汎子宮全摘術の適応である。広汎子宮全摘術を施行した場合は妊孕性温存ができないというだけではなく、性生活への影響、さらに排尿障害やリンパ浮腫などのQOLを損ねる後遺症もある。

これまでの子宮頸がん治療後のセクシュアリティに関する報告は、コントロール群との比較や²⁾、年齢不問の調査³⁾、手術後と

放射線治療後との比較⁴⁾、術後年数が様々であり^{2, 4)}、ほとんどが後方視的調査であった。今回、最もセクシュアリティに影響を受けやすい閉経前の子宮頸がん手術患者に対して、また術後合併症の出現しやすい広汎子宮全摘術後について、手術を含めた治療が性生活や生活全般に対してどのような影響を与えているかを検討した。術前との変化を前方視的に評価し、欧米人とは異なる日本人のセクシュアリティを検討する。

対象と方法

2012年6月から2013年5月までの1年間に当院で子宮頸がんの診断で開腹にて広汎子宮全摘術を施行した64例中、閉経前の32例を対象とした。自己記入式の質問用紙に回答を得た。質問項目は、術前および術後1年の患者背景、Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix (FACT-Cx) (Version 4) 日本語版⁵⁾、Female Sexual Function Index (FSFI)

日本語版^{6,7)}とし、その変化を解析した。

FACT-Cx は、2004年に Cella らによって子宮頸がん女性の QOL を評価するために開発された⁸⁾。過去7日間の身体症状 (PWB: Physical Well-being Subscale) について7項目、社会的・家族との関係 (SWB: Social/Family Well-being Subscale) について7項目、精神状態 (EWB: Emotional Well-being Subscale) について6項目、活動状況 (FWB: Functional Well-being Subscale) について7項目、その他心配なこと、例えば婦人科に特異的な症状や性行為、排尿・排便に関する質問について (CxCS: Cervix Cancer Subscale) の15項目からなる (168点満点)。FACT-Cx スコアは FACT-Cx Scoring Guidelines (Version 4) に則り算出した⁹⁾。また FACT-Cx の CxCS を除いた PWB+SWB+EWB+FWB からなる FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) (108点満点) は、1993年に同じく Cella らによって開発されており、がん患者の QOL 評価に用いられている¹⁰⁾。これも FACT-Cx Scoring Guidelines (Version 4) に則って算出した。高得点なほど、QOL が高いことを示している。FACT-Cx の日本語版の使用にあたり、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) へ登録した。

FSFI は米国の Rosen らによって開発され2000年に発表された19項目の尺度であり、性欲、性的興奮、膣潤滑、オーガズム、性的満足、性交痛の6概念について過去1ヶ月の状況を質問する (32点満点)¹¹⁾。本調査では2011年に高橋らによって開発された日本語版を用いた⁷⁾。日本語版では、過去3ヶ月間の状況を質問する。FSFI は、それぞれの概念についてスコアリングシステムに則り点数

化し、それを合計して FSFI トータルスコアを算出するもので、点数が高いほど良好な状態を示す。FSFI は健常者のみでなく Cancer survivor でのセクシュアリティの指標としても有用性が認められている¹²⁾。

調査に参加同意した患者は32例であったが、そのうち術後1年の調査を拒否した4例、病理結果で最終診断が子宮体癌であった1例と術後重症合併症を生じた1例を除き、術前後のアンケート回答を得た26例を対象とした。

本研究は当院の IRB で承認を受け、研究参加者から同意書を取得している。

解析方法

患者背景に関する記述統計を行った後、以下の関連性について検討した。

- ① FACT-Cx, FACT-G および下位概念 (PWB, SWB, EWB, FWB, CxCS) 毎の術前・術後1年の変化と関連因子の検討
- ② FSFI および下位概念の術前・術後1年の変化と関連因子の検討
- ③ 術後1年での性生活への影響と QOL の関連
これらを、正規性の確認後、t 検定、対応のある t 検定、Wilcoxon の符号付き順位検定、一元配置分散分析を用いて解析した。

結 果

患者背景を表1に示す。術前の平均年齢は40.2 (中央値40: 27-52) 歳であり、I 期17例 (65.4%)、II 期8例 (30.8%)、III 期1例 (3.8%) であった。術後治療は化学療法が10例 (38.5%)、化学療法併用放射線治療 (CCRT) が6例 (23.1%)、放射線治療 (RT) のみが1例 (3.8%)、なしが9例 (34.6%) であった。

術前の婚姻状況は、既婚 (同居) が19例

表1 患者背景

		n	%
年齢	平均値 (SD)	40.2 (6.6)	
	中央値 (range)	40 (27-52)	
学歴	中卒	1	3.8
	高卒	14	53.8
	大学以上	11	42.3
婚姻状況	既婚 (同居)	19 (17)	73.1 (65.4)
	離婚	2	7.7 (3.8)
	死別	1 (2)	3.8 (7.7)
	別居	0	0 (3.8)
	独身	4 (5)	15.4 (19.2)
就労	フルタイム	9 (7)	34.6 (26.9)
	パートタイム	5 (6)	19.2 (23.1)
	専業主婦	10 (9)	38.5 (34.6)
	無職	2 (4)	7.7 (15.4)
Stage	Stage I	17	65.4
	Stage II	8	30.8
	Stage III	1	3.8
術後治療	化学療法	10	38.5
	CCRT	6	23.1
	RTのみ	1	3.8
	なし	9	34.6
術後ホルモン環境	卵巣機能温存	6	23.1
	ERTあり	5*	19.2
	ERTなし	15**	57.7

() は手術後1年での状態

*: 1例は卵巣吊り上げ術を施行せず照射

**: 1例は卵巣吊り上げ術を施行せず照射

(73.1%), 離婚が2例 (7.7%), 死別1例 (3.8%), 別居は0例, 独身が4例 (15.4%) であった。術後1年の婚姻状況は, 既婚 (同居) が2例減, 離婚が1例減で, 死別, 別居, 独身がそれぞれ1例増えた。術後の女性ホルモン環境に関しては, 卵巣機能温存例が6例, ERT 施行症例は5例, ERT なしは15例であった。ERT あり, なしの群のそれぞれ1例ずつに, 卵巣温存したものの卵巣吊り上げ術をせず照射を受け卵巣機能が廃絶した症例が含まれている。

① FACT-Cx, FACT-G の術前・術後1年の変

化と関連因子の検討 (図1)

FACT-Cx の総合点の平均点は術前と術後1年で有意差は認めなかった。FACT-G の総合点も術前と術後1年で有意差はなかった。FACT-Cx, FACT-G と病期, 年齢, 婚姻, 就労, 術後の女性ホルモン環境との関連は見られなかった。

下位概念では図1に示すように CxCS は術前と術後1年で有意差は認めなかった。活動状況QOL (FWB) は術前と術後1年で有意な差が認められた ($p=0.008$)。精神的状態QOL (EWB) は術前と術後1年で有意差があり

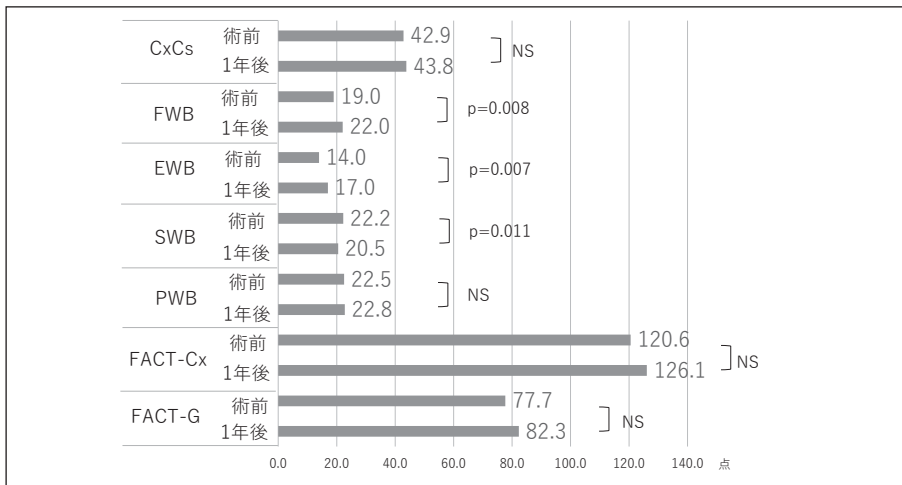


図1 FACT-Cx、FACT-Gおよび下位概念の術前後の比較

PWB: Physical Well-being Subscale, SWB: Social/Family Well-being Subscale,
EWB: Emotional Well-being Subscale,
FWB: Functional Well-being Subscale, CxCs: Cervical Cancer Subscale

($p=0.007$)、この2項目は術後1年でQOLの改善が認められた。一方で社会的・家族関係のQOL (SWB) は術前と比較し術後1年で有意に低下していた ($p=0.011$)。

術後のQOLを補助療法別にみると、FACT-CxにおいてはCCRT、化学療法、追加治療なし間で有意差が見られた ($p=0.044$) (図2a)。また、FACT-Gは、CCRT、化学療法、追加治療の間ではCCRT群が最も低い結果であったが、有意差は無かった ($p=0.052$) (図2b)。

② FSFI および下位概念の術前・術後1年の変化と関連因子の検討 (図3)

FSFIにおいては、術後1年の回答の一部に欠落があったため術前後で回答が揃っている17例を対象とした。FSFIの平均値は術前と比較し、術後1年では有意に低下していた ($p=0.032$)。下位概念別では性交疼痛 ($p=0.003$) と膣潤滑 ($p=0.005$) と性的興奮 ($p=0.023$) が術後1年で有意に低下していた。FSFIと病期、年齢、婚姻、就労との関連は見られなかった。

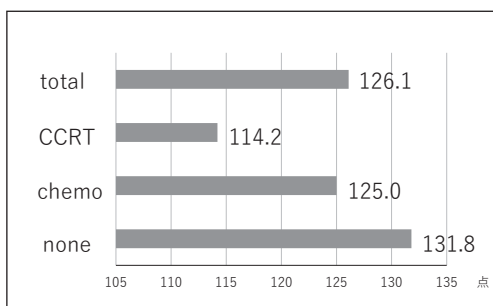


図2a 1年後補助療法別 FACT-Cx
 $p=0.044$

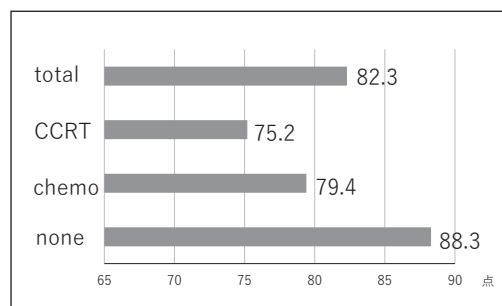


図2b 1年後補助療法別 FACT-G
 $p=0.052$

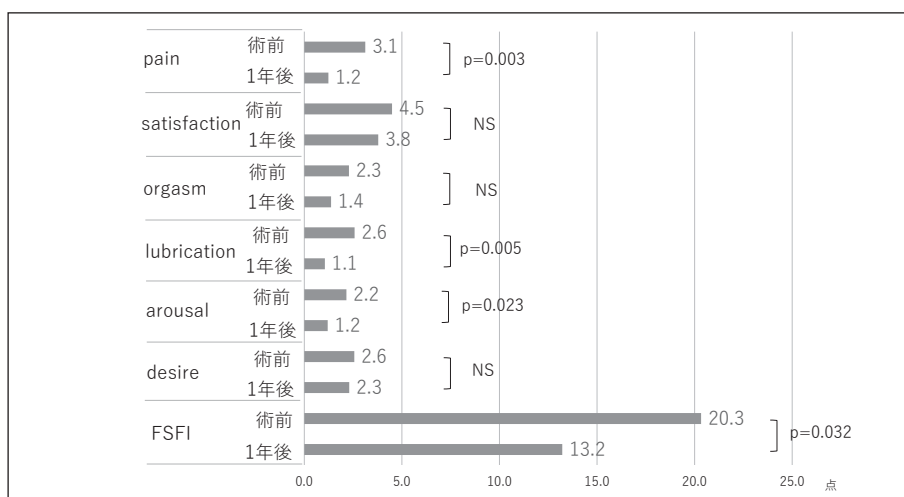


図3 FSFIおよび下位概念の術前後の比較

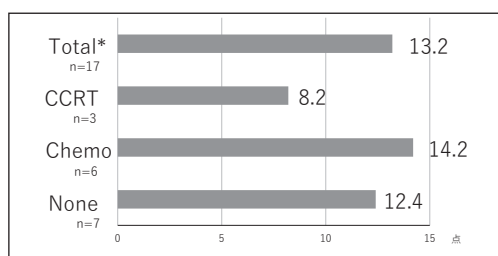


図4 1年後補助療法別FSFIスコア

p=0.573

*: Totalにはradiation 1例を含む

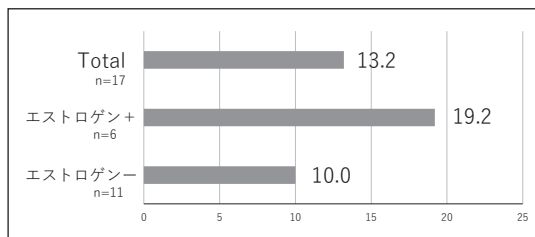


図5 ホルモン環境別FSFIスコア

p=0.053

エストロゲン+：卵巣機能温存or ERT

エストロゲン-：ERTなし

術後1年の性機能（FSFI）について術後補助療法別に比較検討した。平均点はCCRT、化学療法、追加治療なし間では、CCRTが最も低かったが有意差はなかった（図4）。

卵巣機能温存あるいはERT症例とERTなしの症例において、術前と術後1年のFSFIを比較すると、後者に低い傾向が見られた（p=0.053）（図5）。

③ 術後1年での性生活への影響とQOLの関連（表2）

術後の性交に関しては、術後1年までに性交を開始したのは10例（38%）で、卵巣機能

温存あるいはERT症例3例、ERTなしが7例であった。術後3ヶ月以内に性交を開始したのが4例（15.4%）、3-6ヶ月で開始したのが3例（11.5%）、6-12ヶ月で開始したのが3例（11.5%）であった。無回答の1例を除き、術後1年間で性交がないのが15例（57.7%）であった。15例のうち卵巣機能温存あるいはERT症例は7例、なしは8例であった。それぞれ2例ずつパートナー不在の状態であった。このうち8例は術前3ヶ月のアンケートでも性交がなかった。術前3か月以内に性交があった14名では、7名（50%）で術後1年までに性交している。術前と比べ性交頻度が増えた

表2 手術1年後の性生活への影響

		n	%
性交渉の再開	3か月以内	4	15.4
	3-6カ月	3	11.5
	6-12カ月	3	11.5
	全くなし	15	57.7
	無回答	1	3.8
性交渉の頻度	増えた	1	3.8
	変わらない	7	26.9
	減った	14	53.8
	無回答	4	15.4
術前との性交渉の満足度の比較	100%	3	11.5
	80%	3	11.5
	70%	2	7.7
	60%	2	7.7
	50%	2	7.7
	20%	1	3.8
	0%	3	11.5
	無回答	10	38.5
性交渉の頻度が減少した理由	離別した	1	7.7
	性交時の痛みが苦痛	5	38.5
	抗がん剤治療中でその気にならない	1	7.7
	体力が回復していないから自信がない	4	30.8
	膣が狭くなった感じがする	5	38.5
	粘液が不足していると思う	6	46.2
	性交渉で傷が開いたり感染しないか心配	4	30.8
	性交渉で再発しないか不安	2	15.4

のが1例 (3.8%), 不変が7例 (26.9%), 減少が14例 (53.8%), 無回答が4例 (15.4%) であった。性交渉の頻度が減少した理由としては粘液の不足, 性交時の痛み, 膣の狭小感などがあげられた。

性生活に対する満足度は無回答の10名を除いても, 術前と変化がないのは3名のみで, それ以外は多少なりとも満足度は下がっていた。性機能 (FSFI) と QOL (FACT-Cx・FACT-G) は術前・術後とも相関係数の検討ではいずれも有意差はなかった。

考 察

がんとセクシュアリティはしばしば取り上げられるテーマであり, QOLの維持のために重要である。子宮頸がんに対する広汎子宮全摘術では, 生殖器そのものの手術であることでの物理的なダメージ, また女性性のシンボルを喪失することの精神的ダメージ, また排尿障害やリンパ浮腫発症, あるいは抗癌剤の追加による脱毛などのボディーイメージの変化, パートナーとの関係など, 他のがんとは異なる側面がある。

子宮頸がん治療後のセクシュアリティの

研究は以前から報告がある。手術単独、放射線治療、手術＋放射線治療といった治療の種類別の検討^{4, 13, 14}、手術を受けていないコントロール群との比較調査^{3, 15, 16, 17}、本人の治療前後の比較などである^{2, 18}。調査期間も比較的短期の術後1年の調査や5年以上経てから長期フォローアップ調査^{3, 4, 15, 17}、調査対象も初期子宮頸がんだけのもの、全てのステージのものなどである^{3, 16}。調査年齢層も報告により異なり年齢制限のないものも多い。さらにセクシュアリティ単独でなく、社会生活としてのQOL調査の一部としての報告もある。調査の対象や方法により、結論が異なってくる。

欧米人と比較し、日本人は性的なアクティビティが明らかに低く、現に本来FSFIは最近1ヶ月の性生活についての調査をするフォームであるが、1ヶ月に限定すると日本人では性交がないことが多く、日本人版として最近3ヶ月の性生活の調査をするように作成されている⁷。また、日本人は性に関する調査に消極的であり、今までに筆者が行った術後の性生活に関する調査でも、合併症の一つとして質問をした場合、セクシュアリティに関する回答率が激減するという問題があった¹⁹。

今回の調査では、主にセクシュアリティに調査内容を絞ったこと、術前から調査を始めた前方視的研究であること、特に手術によるセクシュアリティに影響が大きいと考えられる閉経前の日本人女性に限定した点が特徴である。今までの報告では、広汎子宮全摘術単独では、セクシュアリティに変化がないと述べている論文や^{4, 16} 変化があると述べている論文があり^{3, 12, 15}、術後どのくらいの年

数での調査かも影響すると考えられる。実際、術後にセクシュアリティの変化がないと報告している報告は術後5年以上など長期フォローのものが多い。

今回の調査では、術前と比較し術後1年の性機能は有意に低下していることが明らかになった ($p=0.032$)。特に、性交疼痛 ($P=0.003$) と陰潤滑の低下 ($P=0.005$)、性的興奮 ($p=0.023$) で有意であった。今までの報告の多くでも性機能の低下の理由は、陰の潤滑の悪さによるものであり^{2, 3, 15}、性的な関心自体は、変化がないという報告と消失するという報告がある^{2, 4}。今回の我々の調査ではFSFIの下位概念の性欲や性的満足度は術前後で減少はしているが有意な差はなかったことから性的な関心自体は大きく変化していないと考えられる。性交疼痛や陰潤滑に関しては女性ホルモン環境が大きく影響するが、卵巣機能温存およびERT症例と比較し、ERTなしの症例では、FSFIが低い傾向があった。症例数が少なく有意とは言えなかったが、術後のFSFI低下にはエストロゲン低下による影響が強く示唆される。今回の検討では閉経前の症例にも関わらず、半数以上の15例で術後ホルモン補充を受けていなかった。この中には腺癌、小細胞癌等の非扁平上皮癌が8例、その他比較的閉経に近い年齢の症例が含まれていた。子宮頸がん治療ガイドライン上も非扁平上皮癌に関するホルモン補充に関しては方針を明示していないが²⁰、症例毎にもっと積極的にホルモン補充を検討していく必要があると考える。また、卵巣を温存したにも関わらず吊り上げ術を行わないで照射している例もあり、術前には術後治療が不要と推定していた症例と考え

られる。卵巣を温存する場合は全例卵巣吊り上げ術を施行しておくべきであったと考える。

術前で19例 (73.1%)、術後で17例 (65.4%) の女性が既婚 (同居) 状態であったが、対象者の半数以上の15例で術後1年間性交渉がなかった。このうち8例が術前の3ヶ月間にも性交がなかった。術前3ヶ月以内に性交があった症例14例では7例 (50%) において術後1年以内に性交があった。これは Jensen らの調査で、術前に性的にアクティブな患者の91%は1年後も回数は減少しているが性的にアクティブであると述べているのと比較すると低い²⁾。また、半数以上で性交回数が増減したと回答している。減少した理由には、性交疼痛・潤滑不足のほか陰が狭窄している感じがする、体力が回復していないから自信がない、性交で傷が開いたり感染しないか心配、再発しないか不安などが見られた。FSFI の低下にはホルモン環境にこのような要素が加味されるものと考ええる。医療者の介入でこのような不安は減らすことができるであろう。実際、術前に術後の状態の説明を受けている症例では術後の性的な distress の症状が少ないという報告もある¹¹⁾。

今回の調査では QOL を測る FACT-Cx, FACT-G の総合点は術後1年で変化がなかったが、術後補助療法別では CCRT を受けた症例で FACT-Cx, FACT-G, FSFI が最も低かった。文献的には、補助療法として放射線照射を追加した場合や、放射線治療単独で手術とセクシュアリティを比較した場合でも、放射線治療による性機能のダメージが最も多いと報告されている^{3, 4)}。子宮頸がん術後補助療法は子宮頸がん治療ガイドライン上では RT あるいは CCRT であるが、今回の結果や

様々な報告を鑑みると、対象患者の年齢により QOL を考慮した対策が必要であろう。

また、性機能 (FSFI) と術後 QOL (FACT-Cx・FACT-G) には関連は見られなかったが、この結果はセクシュアリティ以外に関しては一般社会生活には変化がないという報告がほとんどであったことと一致する。ただ、今回の調査で FACT-G の総合点数では術前後で有意差はなかったが、下位概念で詳細を見ると、社会・家族関係の QOL が1年後に低下しており、活動性や精神面での QOL は回復していても、復職や人間関係の社会面には影響が出ている可能性がある。

結 論

欧米人とは異なる日本人のセクシュアリティを、閉経前の広汎子宮全摘術前後で調査した。症例数が少ないこと、また手術3ヶ月前には癌による症状があった可能性もあり、通常のセクシュアリティとして比較して良いかなどの問題もある。また、質問によっては無回答もあり、これを減らす必要がある。更なる症例の検討が必要であるが、調査にあたっては無回答項目が出ないように十分な工夫が必要である。他の調査項目と合わせると、セクシュアリティに関して無回答が増える。扱いにくいテーマではあるが、産婦人科医として直視し、患者へのサポートをする必要がある。術後のホルモン環境、術後補助療法の選択、社会・家族関係などが広汎子宮全摘術後の QOL に影響を与えうことを肝に銘じておかなければならないと考える。

本論文に関わる著者の利益相反：なし

この論文の要旨は第62回日本婦人科腫瘍学

会で発表した。

文 献

- 1) がん情報センター. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2021年1月10日検索)
- 2) Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, et al: Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer* 100: 97-106. 2004.
- 3) Park SY, Bae DS, Nam JH, et al: Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer* 110: 2716-2725, 2007.
- 4) Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, et al: Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol* 23: 7428-7436, 2005.
- 5) <https://www.jmari.med.or.jp/download/WP056.pdf>
- 6) Takahashi M, Inokuchi T, Watanabe C, et al: The Female Sexual Function Index (FSFI) : Development of a Japanese version. *J Sex Med* 8: 2246-2254, 2011.
- 7) 高橋都: わが国で活用できる女性性機能尺度の紹介. *日本性科学会雑誌* 29: 21-35, 2011.
- 8) Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, et al: Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 22: 3113-3119, 2004.
- 9) FACIT group. <https://www.facit.org/measures/FACT-Cx>. (2021年1月10日検索)
- 10) Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al: The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 11: 570-579, 1993.
- 11) Rosen R, Brown C, Heiman J, et al: The Female Sexual Function Index (FSFI) : a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26: 191-208, 2000.
- 12) Baser RE, Li Y, Carter J: Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer* 15: 4606-4618, 2012.
- 13) Gargiulo P, Arenare L, Pisano C, et al: Long-term toxicity and quality of life in patients treated for locally advanced cervical cancer. *Oncology* 90: 29-35, 2016.
- 14) 宇津木久仁子: セクシュアリティ. 婦人科がんサバイバーのヘスケアガイドブック (婦人科腫瘍学会編). 診断と治療社, 東京, 36-42, 2020.
- 15) Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D: Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecol Oncol* 106: 413-418, 2007.
- 16) Lee Y, Lim MC, Kim SI, et al: Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and a healthy women. *Cancer Res Treat* 48: 1321-1329, 2016.
- 17) Bergmark KB, Lundqvist EA, Dickman

- PW, et al: Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. N Eng J Med 340: 1383-1389, 1999.
- 18) 兼安祐子, 藤原久也, 西村哲夫, 他: 子宮頸がん治療後の QOL に関する他施設共同研究: 性生活の検討—放射線療法と手術療法の比較. 日本婦人科腫瘍学会雑誌 37: 492, 2019.
- 19) 宇津木久仁子, 荷見勝彦: 女性性器癌手術が排尿, 排便, 性交渉に与える影響. 日本臨床 62: 611-614, 2004.
- 20) 日本婦人科腫瘍学会編. CQ35 治療後のホルモン補充療法は推奨されるか? 子宮頸がん治療ガイドライン2017年版. 金原出版, 東京, 184-186, 2017.

原 著

ポルノグラフィの問題ある利用が引き起こす生活問題の検討 —生活支障度，精神健康，生活時間の関連—

兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科¹⁾

兵庫教育大学大学院学校教育研究科²⁾

岡部 友峻¹⁾

伊藤 大輔²⁾

The Negative Consequences of Problematic Pornography Use —Relationships between Life Disability, Mental Health, and Time Sacrificed—

The Joint Graduate School (Ph.D. Program) in Science of School Education,

Hyogo University of Teacher Education¹⁾

Graduate School of Education, Hyogo University of Teacher Education²⁾

OKABE Yushun¹⁾

ITO Daisuke²⁾

抄 録

Problematic Pornography Use (PPU) は、ICD-11に認定された強迫的性行動症の主要な行動症状である。本研究の目的は、PPUが引き起こす生活問題の実態および、PPUの中核的な特徴が生活上の問題に対してどのように関連するのかを明らかにすることであった。一般成人1,011名(男性502名，女性509名，平均年齢 35.88 ± 13.75 歳)を対象に、PPUの程度，生活支障度，抑うつ不安症状，犠牲にする生活時間を測定する尺度を用いて，インターネット調査を実施した。分析の結果，1) ポルノの問題ある利用者は，生活支障を広範囲な領域にわたって体験し，生活の活動時間を犠牲にしていること，2) 高い抑うつ不安症状を抱えていること，3) PPUの主な臨床的特徴である過度な利用，制御不全，対処の利用が問題と関連していることが明らかになった。強迫的性行動症が国際疾病分類に認定されたことを踏まえると，今後は，PPUに対する効果的な支援法を実証的に検討する必要がある。

Abstract

Problematic Pornography Use (PPU) is considered a type of compulsive sexual behavior disorder in the ICD-11, which has received clinical and psychological attention. This study aimed

to examine the negative consequences of the PPU and to identify the relationship between characteristics of PPU and its negative consequences. The 1,011 participants through an online survey in Japan (Mean age = 35.88 ± 13.75 , 50.3% female) answered the Problematic Pornography Use Scale (PPUS), Sheehan Disability Scale (SDISS), Kessler Psychological Distress Scale-6 (K6), amount of pornography use, and time sacrificed by pornography use. As a result, Problematic pornography users (7.3% of participants) have experienced negative consequences in their lives and sacrificed their time sleeping, studying, and hobbies because of using pornography. Half of them also showed high depressive and anxiety symptoms. Moreover, results of multiple regression analysis, assessing the relevance of each characteristic of the PPU, showed that excessive pornography use is consistently associated with negative consequences, such as work and job, social life, and family communication, measured by SDISS. These findings may demonstrate that problematic pornography using lead the negative consequences in their life, suggesting that needs of establishing of psychosocial treatment for PPU as well as Compulsive Sexual Behavior Disorder.

Keywords: Compulsive Sexual Behavior Disorder, Problematic Pornography Use, Sexual Addiction

緒 言

強迫的性行動症 (Compulsive Sexual Behavior Disorder) とは、国際疾病分類の第11回改訂版 (ICD-11) にて新しく追加された障害であり、強烈で反復的な性行動や衝動の制御の失敗が長期間続き、日常生活に支障を生じさせているにも関わらず、性的行動や衝動が持続するパラフィリアを除く障害として定義されている¹⁾。そして、強迫的性行動症の主要な行動症状の一つとして、生活上の問題を引き起こすほどの強迫的なポルノ利用であるポルノグラフィの問題ある利用 (Problematic Pornography Use : PPU) (注釈1) がある²⁾。西欧諸国の調査によると、PPU に関する一般人口の体験率は、1~11%と報告されているように³⁾、PPU は決して稀な問題ではない。

このことから、PPU に対する専門的な支援体制を整備することが、国際的に重要な課

題となっている。そのため、まず、PPU が日常生活のどのような領域に支障を生じさせるのかを明らかにする必要がある。これまで、PPU の生活支障に関しては、症例報告や事例研究などの質的な側面からの検討に限られており、定量的な側面からは十分に検討されていなかった⁴⁾。この点について先行研究⁵⁾ は、これまでの研究の多くが性感染症に焦点を当てていたことを指摘し、大規模サンプルを用いて、強迫的な性行動が、仕事や学業、宗教性や精神健康への悪影響、経済的な損失、性生活の質の低下、対人関係の破綻、性感染症、身体的、法的な危機など広範囲な支障を引き起こすことを示している。しかし、先行研究⁵⁾ では、ポルノ利用だけでなく、性行為や風俗通いなどの他者との性的接触を伴う性的行動も含めて検討しているため、他者との性的接触を伴わない PPU 特有の生活

支障は特定していない。つまり、PPUは経済的な損失や性感染症、法的問題が発生しにくい一方で、仕事や学業、対人関係の悪化が予想されるが、その実態は明らかにされていない。また、現代社会では、オンライン上でポルノを手軽に利用できることから、日常生活の様々な活動よりもポルノ利用を優先しやすく²⁾、それによって生活に必要な活動時間が失われると考えられるため、阻害された生活上の活動について明らかにする必要がある。

さらに、ICD-11の導入に伴って、強迫的な性行動に対して適切な支援を行うためには、精神健康の観点からも検討することが重要である。例えば、PPUに関連する心理的な問題として、精神健康の悪化が挙げられる。実際に、ポルノ利用が精神健康に悪影響を及ぼすという因果関係について一貫した知見は得られていないものの、PPUに悩む者の70%が気分障害、40%が不安障害の診断基準に該当している⁶⁾。しかし、PPUに悩む者の精神健康に関する具体的な状態像については明らかにされていないため、検討する必要がある。

このようにPPUは、様々な生活支障を引き起こし、精神健康の悪化を招く可能性がある。しかしながら、PPUのどのような側面がそれぞれの問題に関係しているのかについては明らかにされていないため、検討する必要がある。なぜなら、多くの人々にとって単なるポルノ利用は娯楽的なものであり、ほとんどの場合は生活支障を引き起こさないため⁷⁾、生活支障や精神健康の悪化と関連するPPUの特徴を特定することができれば、臨床的介入の際に有益と考えられるからで

ある。PPUの中核的な特徴として、①ポルノにのめりこむ過度な利用、②ポルノ利用をコントロールできない制御不全、③ストレス解消などの否定的な感情を紛らわすための対処的利用といった3つがある⁸⁾。したがって、これらのPPUの中核的な特徴が生活支障や精神健康の悪化とどのように関連しているのかを明らかにすることが重要である。

以上のことから、本研究では、はじめに、一般集団を対象として、PPUによって生じる問題の実態を、生活支障度、日常生活の犠牲時間、抑うつ・不安症状の観点から検討する。そして、PPUの中核的特徴である過度な利用、制御不全、対処的利用が、それらの問題に対して、どのように関連するのかについて明らかにすることを目的とする。これらの検討を通して、PPUの実態やPPUの介入ターゲットを同定する際の示唆を得ることができると考えられる。

方 法

1. 対象と手続き

インターネット調査会社が保有するモニターを対象にWeb調査を実施した。18歳から69歳の男女に対してスクリーニング調査を行い、過去6か月間以内にポルノの利用経験のある回答者を選定して調査を行った。回答者は1,030名であったが、回答内容が明らかに矛盾している者を除外し、最終的に1,011名（男性502名、女性509名、平均年齢 $=35.88 \pm 13.75$ 歳）を分析対象とした。調査時期は2020年3月中旬であり、本研究の実施にあたっては、著者の所属機関のヒトを対象とする研究倫理委員会の承認を得た。

2. 調査材料

ポルノの利用頻度と利用時間 過去6か月間のポルノ利用について、9件法「1=1~6月に1日程度」から「9=毎日2回以上」で回答を求めた。また、過去6か月間のポルノ利用の1日あたりに費やす時間について、8件法「1=1分以上」から「8=4時間以上」で回答を求めた。

Problematic Pornography Use Scale 日本語版 (PPUS)⁹⁾ アディクションの中核特徴を基に作成され、4下位尺度（苦痛および機能的問題、過度な利用、コントロール不全、負の感情からの回避／逃避のための利用）12項目で構成され、下位尺度ごと及びPPUS合計得点を算出し、PPUの程度を測定する。過去6か月間のポルノに関連した思考や行動について、6件法「0=全くあてはまらない」から「5=いつもあてはまる」で回答を求め、信頼性と妥当性が確認されている⁹⁾。

Sheehan Disability Scale 日本語版 (SDISS)¹⁰⁾

仕事／学業領域・社会生活領域・家族とのコミュニケーションや役割領域の3項目で構成され、信頼性と妥当性が確認されている¹⁰⁾。それぞれ11件法で「0=全く支障なし」から「10=極めて支障あり」で回答を求め、日常生活における機能障害を測定する。なお、教示文の「精神的な問題」を「ポルノグラフィを利用すること」と表現を修正した。得点が高いほど、ポルノ利用による日常生活の機能障害の程度が大きいことを示し、3領域の合計をSDISS合計スコアとする。

ポルノ利用によって犠牲にしている生活時間 先行研究を参考に¹¹⁾、犠牲にしている時間について複数回答を求めた。選択肢は、「犠牲にしている時間はない、睡眠時間、勉

強の時間、趣味に使う時間、家事の時間、運動の時間、家族と話す時間、食事の時間、ショッピングや映画などに出かける時間、友達と会う時間、仕事の時間、アルバイトの時間、恋人と会う時間、その他（自由記述）」である。

Kessler Psychological Distress Scale-6 日本語版 (K6)¹²⁾ 6項目5件法で回答を求め合計点を算出し、抑うつや不安症状を測定する。5点以上は中程度のうつ・不安症状を、10点以上は気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を示し、13点以上は重症精神障害を予測する値であり、信頼性と妥当性が確認されている^{12, 13, 14, 15)}。

3. 分析方法

PPUと犠牲にしている時間、抑うつ・不安症状の重症度の関連について χ^2 検定およびt検定を実施した。さらに、PPUSの下位尺度を説明変数、生活支障度および抑うつ・不安症状、犠牲にされた時間数をそれぞれ目的変数として階層的重回帰分析を実施した。分析ではJASP ver. 0.14.1を用いた。

結 果

1. 分析対象者の特徴

測定変数に関する記述統計量を表1に示す。利用頻度に関しては、参加者の20%が1週間に1日程度ポルノを利用していた。また、利用時間に関しては、分析対象者の29%が15分以上から30分未満でポルノを利用していた。さらに、ポルノ利用によって犠牲にしている生活時間に関して、参加者の48% (n = 486) が少なくとも1つ以上の生活時間を犠牲にしていることが示された (表2)。特に、睡眠

表1 デモグラフィックデータ (N = 1,011)

	n	%	Range
ポルノ利用頻度 (Mean, SD)	5.01	1.99	1-9
1. 1~6か月	42	4.2	
2. 2~3か月	86	8.5	
3. 1か月	137	13.6	
4. 2週間	112	11.1	
5. 1週間	202	20.0	
6. 2~3日	187	18.5	
7. 4~5日	118	11.7	
8. 毎日	113	11.2	
9. 2回以上	14	1.4	
ポルノ利用時間 (Mean, SD)	3.11	1.29	1-8
1. 1分以上5分未満	95	9.4	
2. 5分以上15分未満	253	25.0	
3. 15分以上30分未満	294	29.1	
4. 30分以上1時間未満	234	23.1	
5. 1時間以上2時間未満	106	10.5	
6. 2時間以上3時間未満	17	1.7	
7. 3時間以上4時間未満	5	0.5	
8. 4時間以上	7	0.7	
PPUS (Mean, SD)			
PPUS total	11.31	9.87	0-60
過度な利用	2.94	2.92	0-15
制御不全	3.68	3.25	0-15
対処的利用	3.23	3.17	0-15
苦痛と機能的問題	1.46	2.20	0-15
ポルノの問題ある・ない利用群			
問題ある利用 (28点以上)	74	7.3	
問題ない利用 (28点未満)	937	92.7	
SDISS (Mean, SD)			
SDISS-total	1.77	3.94	0-30
仕事・学業	0.59	1.42	0-10
社会生活	0.62	1.45	0-10
家族とのコミュニケーション	0.56	1.49	0-10
K6 (抑うつ・不安症状) (Mean, SD)	6.70	5.69	0-24
問題なし	434	42.9	
中程度のうつ・不安症状	274	27.1	
気分・不安障害相当	139	12.7	
重症精神障害を予測	164	16.2	
犠牲にする生活時間			
犠牲にしている	486	48.1	
犠牲にしていない	525	51.9	
犠牲時間合計数 (Mean, SD)	0.85	1.2	0-12

時間を犠牲にする者が最も多く、次いで趣味、勉強、家事であることが確認された。

2. ポルノの問題ある利用者の特徴

先行研究¹⁶⁾にならい PPUS 合計得点が28点以上の者を、「ポルノの問題ある利用群」、それ以外を「ポルノの問題ない利用群」と分類した。そして、ポルノの問題ある利用者の臨床的特徴を明らかにするために、ポルノ利用の問題ある・ない群を独立変数、ポルノ利

表2 犠牲時間のタイプ (n = 486)

	n	%
睡眠時間	322	31.8
趣味の時間	157	15.5
勉強時間	90	8.9
家事の時間	66	6.5
運動の時間	53	5.2
買い物や映画などの外出時間	42	4.2
家族との時間	29	2.9
友達と会う時間	26	2.6
仕事の時間	20	2.0
食事の時間	19	1.9
恋人と会う時間	10	1.0
アルバイトをする時間	9	0.9
その他	2	0.2

その他＝お風呂や歯磨き、片付け

用頻度・時間、抑うつ・不安症状、生活支障度を従属変数とする t 検定を実施したところ、いずれの変数についても、ポルノの問題ある利用群が有意に高かった (表3)。また、抑うつ・不安症状の平均値は11.91であり、これは気分・不安障害相当であった。そして、ポルノの問題ある・ない利用群と性別、犠牲時間の有無、抑うつ・不安症状の重症度の詳細な関係を明らかにするために、 χ^2 検定を行った。その結果、問題ある利用群は、男性や生活時間を犠牲にする者、抑うつ・不安症状を呈する者の割合が高かった。特に、抑うつ・不安症状に関して、ポルノの問題ある利用群の50%は重症精神障害を予測する値を上回っていた。

3. ポルノの問題ある利用と生活問題との関連

PPU のどのような側面が、生活上の様々な問題と関連するかを検討するため、SDISS の各領域および抑うつ・不安症状、犠牲時間の数をそれぞれ目的変数として、階層的重回帰分析を実施した (表4)。具体的には、ステップ1に年齢および、ポルノ利用時間とポ

表3 測定変数の平均値と標準偏差とポルノの問題ある利用の差

	問題ない利用 (<i>n</i> = 937)		問題ある利用 (<i>n</i> = 74)		<i>t</i> 値	Cohen's <i>d</i>
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>		
年齢	36.24	13.78	31.38	12.71	3.15*	0.37
ポルノ利用頻度	4.92	1.93	6.11	2.44	-4.10**	0.54
ポルノ利用時間	3.06	1.26	3.77	1.51	-3.96**	0.51
SDISS						
仕事・学業	0.45	1.17	2.41	2.61	-6.40**	0.97
社会生活	0.47	1.16	2.51	2.83	-6.17**	0.94
家族とのコミュニケーション	0.40	1.17	2.58	3.00	-6.21**	0.96
K6	6.29	5.42	11.91	6.54	-7.20**	0.94
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	Cramer's <i>V</i>
性別					17.32**	0.13
男性	448	47.8	54	73.0		
女性	489	52.2	20	27.0		
犠牲にしている時間					13.90**	0.12
犠牲あり	435	46.4	51	68.9		
犠牲なし	502	53.6	23	31.1		
K6 (抑うつ不安症状)					72.46**	0.27
問題なし(0~4)	422	45.0	12	16.2		
中程度のうつ・不安症状(5~9)	261	27.9	13	17.6		
気分・不安障害相当(10~12)	127	13.6	12	16.2		
重症精神障害を予測(13点以上)	127	13.6	37	50.0		

Note. PPUS = Problematic Pornography Use Scale, SDISS = Sheehan Disability Scale, K6 = Kessler Psychological Distress Scale-6.

* $p < .01$, ** $p < .001$

ルノ利用頻度を投入し、ステップ2に PPUS の下位尺度を説明変数として投入した。なお、PPUS の下位尺度の「苦痛および機能的問題」はポルノ利用によって発生する諸問題を測定していることから、SDISS と理論的に類似しているため分析には含めなかった。その結果、利用頻度や利用時間といった行動要因に加えて、PPU の中核的な特徴を投入した際に説明率が有意に上昇し、いずれのモデルも重回帰決定係数が有意であった。特に、PPU の特徴の1つである過度なポルノ利

用は、SDISS のいずれの領域において最も強く関係しており、制御不全は仕事や学業、および社会生活と関係していた。また、抑うつ・不安症状に対しては、対処的利用が最も強く関係しており、犠牲時間に対しては、制御不全が関係していた。なお、対処的利用はいずれの変数と関係することが示された。

考 察

本研究の目的は、ポルノの問題ある利用者が体験する生活上の問題を明らかにし、PPU

表4 ポルノの問題ある利用を説明変数、生活支障および精神健康、犠牲時間を目的変数とした回帰分析 ($N = 1,011$)

	SDISS合計		仕事学業		社会生活		家族家庭		K6		犠牲時間の数	
	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2	Step1	Step2
年齢	-.05	-.03	-.06*	-.05	-.05	-.03	-.01	.003	-.19	-.17***	-.11	-.09**
ポルノ利用行動												
頻度	.004	-.10**	.02	-.07*	.003	-.09**	-.01	-.09**	-.02	-.10**	.02	-.05
時間	.09**	.004	.10**	.02	.11**	.02	.04	-.04	.04	-.02	.13	.08*
PPUS												
過度な利用		.33***		.28***		.29***		.33***		.08		.08
制御不全		.08		.09*		.09*		.02		.00		.18***
対処的利用		.11**		.09*		.11**		.10*		.35***		.13**
R^2	.01***	.21***	.01***	.17***	.01**	.19***	-.001	.16***	.04	.19***	.03	.14***
ΔR^2		.20***		.16***		.18***		.16***		.15***		.11***

Note. PPUS = Problematic Pornography Use Scale.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

の中核的な特徴が、それらの問題とどのように関係しているのかを明らかにすることであった。その結果、PPUによって引き起こされる問題の実態が示され、それぞれの問題に関係する不適応的なポルノ利用の特徴が明らかになった。

まず、ポルノの問題ある利用者は、男性に多く、生活上の何らかの支障を広範囲な生活領域にわたって体験していることが示された。また、ポルノの問題ある利用者は、ポルノ利用によって日常生活の多様な活動時間を犠牲にすることが示された。特に、ポルノ利用による睡眠時間の減少は、先行研究においてもPPUにおける問題の一つとして認識されている²⁾。さらに、本研究では趣味や勉強、家事を行う時間が削られやすいことが新たに示された。これらの生活時間がポルノ利用によって阻害される理由として、ポルノ利用は他者のいないプライベートな時間に利用されるという点において類似しているからと考えられる。また、本研究ではポルノの問題ある利用者の半数が気分・不安障害相当の基準を満たしていることが新たに示され、

PPUはその他の精神疾患と関連するという先行研究の知見を拡大した⁶⁾。先行研究では、強迫的なマスターベーションをやめることができずに性器が炎症を起こすといったように身体を傷つける事例¹⁷⁾や、職場などの不適切な環境でポルノに関する反すうを止められない事例¹⁸⁾などが質的観点から報告されてきたことから、本結果において、生活問題を引き起こすPPUの実態が量的観点から明らかにされた点は意義深く、心理社会的な支援の必要性が改めて示唆されたといえる。

さらに、PPUの中核的特徴がそれぞれの問題とどのように関係するのかに関して、過度なポルノ利用が生活支障を悪化させ、止めることのできないポルノ利用が生活時間の犠牲に影響している可能性が示唆された。つまり、勉強や仕事などの作業中にポルノについての考えが頭を支配してしまうことによって、取り組みに集中できなくなった、ポルノ利用を止められずに長時間利用し続けることによって、睡眠時間が少なくなり、結果的に仕事や学業のパフォーマンスに悪影響を及ぼしたりすると考えられる²⁾。ま

た、人付き合いや余暇の過ごし方についても、ポルノについて考えが頭を支配することによって楽しめなかったり、ポルノ利用を中断できないことによって、余暇の時間や友人との交流、デート時間が削られ、その結果、恋人や友人などの対人関係が悪化したりする可能性がある。そして、対処的なポルノ利用は、生活支障や犠牲時間、抑うつ・不安症状に対して一貫して関係を示した。すなわち、否定的な感情や気分を紛らわせるポルノ利用が負の強化の役割を果たし、習慣化していくことで生活支障を引き起こし、悪循環が維持されるという先行研究¹⁹⁾の仮説を支持しており、対処的なポルノ利用は、問題の改善に向けた共通の治療ターゲットになり得ることが示唆された。

以上の結果から、支援における生活問題の改善のためには、ポルノについて頻繁に考えたり、計画を立てたりしてしまうなどの、他の活動よりもポルノ利用を優先してしまう状態に着目することが考えられる。先行研究では²⁰⁾、強迫的な性行動に悩む患者を対象に、認知行動療法によって改善効果を示しており、ポルノを利用する環境や思考、行動へのアプローチの有効性を示唆している。また、否定的な感情や気分を紛らわすためのポルノ利用に対しては、自らの体験があるがままに観察するマインドフルネス瞑想の効果が示唆されている²¹⁾。したがって、今後は、ポルノの生活問題を引き起こす不適応的な利用の特徴に対応した治療法を検討していく必要があるだろう。

同じように、支援の検討だけでなく、生活上の問題を引き起こしていないポルノ利用行動を病理化させないように注意するべき

であり、本結果におけるポルノの問題ある利用群の利用頻度や時間に対して慎重な解釈が必要である。この点について、高頻度のポルノ利用が必ずしも生活支障を引き起こすとは限らず、自らの性的欲求を制御しながら、ポルノを娯楽的に楽しむ高頻度利用者が一定の割合で存在することが示されている⁷⁾。同様に、高頻度の射精行為は前立腺がん発症の保護因子として機能することが示唆されている²²⁾。つまり、たとえ高頻度のポルノ利用であっても、自身や周囲に支障が生じていないのであれば、PPUには該当せず、状況に応じては肯定的な影響をもたらすと考えられる。さらに、性的活動の低下や欠如に関する性的関心・興奮障害や性欲低下障害が以前から議論されてきたことを踏まえると、高頻度や低頻度の性的行動といった行動指標のみに着目することは、過剰な病理化を招く可能性が考えられる。したがって、PPUを含む強迫的な性行動症を理解するためには、利用頻度や時間といった行動指標だけでなく、生活支障や苦痛度、あるいは性的な喜びや満足感も含めた多面的な視点が重要である²³⁾。

本研究の限界として、自己報告式尺度による測定であったため、回答者自らが捉える問題やポルノ利用の測定に限定される点が挙げられる。他者からみて明らかな生活支障を生じているにも関わらず、本人が問題を認知していない可能性もあるため、今後は、同居人といった第三者の視点から生活問題を測定する必要がある。また、本研究は横断的調査であり、結果はPPUと問題との一時点の関係性について制限されているため、縦断的な研究デザインを用いて再検証する必要がある。

結 論

ポルノが多く利用されている我が国において、PPUに関連する日常生活における問題の定量的な実態およびポルノ利用の特徴を新たに見出した。ICD-11に強迫的性行動が認定され、そのサブタイプにPPUが含まれることを踏まえると、今後はPPUに対する支援に向けた実証的な研究へと発展させていくことが望まれる。

※注釈

ポルノの問題ある利用（PPU）とは、ポルノの利用の仕方を指しており、ポルノの内容の種類（例えば、複数人が登場するもの、児童ポルノやレイプなどの暴力的なもの、個人が撮影したもの、特定の性的指向性を表したものの、アニメキャラクターが登場するものなどのジャンルの違い）は問わない。また、PPUの概念化に関して、「Addiction」や「Compulsion」といった様々な理論から検討されているが、現在、科学的な見解は一致しておらず、あらゆる理論や議論を包括するために「Problematic」という表現が近年用いられていることを踏まえ²⁾、本研究では「問題ある」と訳した。

文 献

- 1) Kraus SW, Krueger RB, Briken P, et al: Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 17: 109-110, 2018.
- 2) Fernandez DP, Griffiths MD: Psychometric Instruments for Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Eval Health Prof* 44: 111-141, 2021.
- 3) Grubbs JB, Hoagland KC, Lee BN, et al: Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clin Psychol Rev* 82: 101925, 2020.
- 4) Binnie J, Reavey P: Problematic pornography use: narrative review and a preliminary model. *Sex Relation Ther* 35: 137-161, 2020.
- 5) Koós M, Bőthe B, Orosz G, et al: The negative consequences of hypersexuality: Revisiting the factor structure of the Hypersexual Behavior Consequences Scale and its correlates in a large, non-clinical sample. *Addict Behav Rep* 13: 100321, 2020.
- 6) Kraus SW, Potenza MN, Martino S, et al: Examining the psychometric properties of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in a sample of compulsive pornography users. *Compr Psychiatry* 59: 117-122, 2015.
- 7) Bőthe B, Tóth-Király I, Potenza MN, et al: High-Frequency Pornography Use May Not Always Be Problematic. *J Sex Med* 17: 793-811, 2020.
- 8) Kor A, Zilcha-Mano S, Fogel YA, et al: Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addict Behav* 39: 861-868, 2014.
- 9) Okabe Y, Ito D: Psychometric Properties of the Problematic Pornography Use Scale in a Japanese Sampl. *Arch Sex Behav* 51: 1221-1235, 2022.

- 10) 吉田卓史, 大坪天平, 土田英人, 他: Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 臨床精神薬理 7: 1645-1653, 2004.
- 11) 総務省情報通信政策研究所: 青少年のインターネット利用と依存傾向に関する調査調査結果報告書 (2013).
<https://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/data/research/survey/telecom/2013/internet-addiction.pdf>
- 12) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res 17: 152-158, 2008.
- 13) Prochaska JJ, Sung HY, Max W, et al: Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. Int J Methods Psychiatr Res 21: 88-97, 2012.
- 14) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会: 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料, (2012). https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
- 15) Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al: Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry 60: 184-189, 2003.
- 16) Sklenarik S, Potenza MN, Gola M, et al: Approach bias for erotic stimuli in heterosexual male college students who use pornography. J Behav Addict 8: 234-241, 2019.
- 17) Bostwick JM, Bucci JA: Internet sex addiction treated with naltrexone. Mayo Clin Proc 83: 226-230, 2008.
- 18) Sniewski L, Farvid P: Abstinence or acceptance? A case series of men's experiences with an intervention addressing self-perceived problematic pornography use. Sex. Addict. Compulsivity 26: 191-210, 2019.
- 19) Brand M, Wegmann E, Stark R, et al: The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. Neurosci Biobehav Rev 104: 1-10, 2019.
- 20) Hallberg J, Kaldo V, Arver S, et al: A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men. J Sex Med 16: 733-745, 2019.
- 21) Sniewski L, Krägeloh C, Farvid P, et al: Meditation as an intervention for men with self-perceived problematic pornography use: A series of single case studies. Curr Psychol, 2020.
- 22) Crocetto F, Arcaniolo D, Napolitano L, et al: Impact of Sexual Activity on the Risk of Male Genital Tumors: A Systematic Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health 18(16): 8500, 2021.
- 23) Efrati Y, Gola, M: Treating Compulsive Sexual Behavior. Curr Sex Health Rep 10: 57-64, 2018.

原 著

二分脊椎症者の性教育ニーズ—当事者へのインタビューを通して—

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科¹⁾

龍ヶ崎市健康づくり推進部健康長寿課²⁾

茨城県立医療大学助産学専攻科³⁾

笠井 久美¹⁾, 昨野 智哉²⁾

松田 英子³⁾, 藤岡 寛¹⁾

Sex Education Needs of People with Spina Bifida

Department of Nursing, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences¹⁾

Ryugasaki City Health Promotion Department Wellness Longevity Division²⁾

Graduate Program of Midwifery, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences³⁾

KASAI Kumi¹⁾, UNNO Tomoya²⁾

MATSUDA Eiko²⁾, FUJIOKA Hiroshi¹⁾

抄 録

本研究の目的は、二分脊椎症者の性教育ニーズを明らかにすることである。18～40歳未満の二分脊椎症者を対象に半構造化面接を行った。調査内容は、基本属性、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。逐語録を作成し、質的記述的に分析をした。

男性9名、女性5名のデータから、9カテゴリー、36サブカテゴリーを得た。二分脊椎症者は、体や性についての健常者との違い、陰部・臀部の清潔、性行為の工夫や注意点、遺伝、拳児、不妊・不妊治療、病気や障害について他者から理解を得ることについて特有の性教育ニーズを示した。また、身近な信頼できる医療者と性の話をする、同じ病気や障害のある人との情報交換、得た情報を参考にして自分に合わせて活用すること、病気や障害に合わせた対処法を見つけていくことが必要であった。医療機関や患者会で当事者のニーズ、年齢、発達を踏まえた性教育の実施を検討する必要がある。また、当事者が必要な時に情報を得たり、情報交換ができる方法の検討、ピア教育の実施が有効であると考えた。

Abstract

This study identified sex education needs of people with spina bifida. The participants were people with spina bifida, aged between 18-40 years. Semi-structured interviews were conducted.

The interviews collected information regarding demographics, sex education that participants had received, sex education they considered useful, sex education that they expected or required, and the necessity of sex education which considers spina bifida. A verbatim transcript was generated and analyzed qualitatively and descriptively. Nine categories and 36 subcategories were produced from nine men and five women. Analysis showed that people with spina bifida required specific sex education related to differences from healthy individuals regarding their bodies and sexuality, pubic and buttock cleanliness, sexual practices and precautions, genetics, childbearing, infertility and fertility treatment, and gaining understanding from others regarding their condition. Moreover, they needed to talk of sex with a familiar and trusted healthcare provider, exchange information with people with the same condition, use the obtained information as a reference, adapt it to their own needs, and find suitable ways for their condition. Sex education curriculum considering the needs, age, and development of people with spina bifida were suggested. Methods that allow parties to obtain and exchange information when they need and peer education would be effective.

Keywords: spina bifida, sex education, needs, qualitative study

1. 緒 言

国連人口基金やユネスコは、若者への包括的な性教育 (Comprehensive Sexual Education: CSE) の必要性を表明した¹⁾。CSEは、一部の社会的及び文化的文脈で難しいとされるトピックも含み、すべての学習者が知っておくべき重要なトピックの全範囲をカバーする²⁾。また、2009年にはじめて国際セクシュアリティ教育ガイダンスが公表された²⁾。最近では2018年に改訂版が出ており、日本語訳も出版されている。このガイダンスは、最新の科学的根拠だけではなく、数多くの国際的な人権に関する文書を確固たる基盤としている²⁾。ヨーロッパや東アジアでは、このガイダンスを踏まえた性教育プログラムがつくられ、実施されている³⁾。日本でも包括的な性教育が注目されているが、導入には至っていない。

二分脊椎症者は、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。性機能障害や身体障害が性への消極性を生じ⁴⁾、パートナーとの関係性の構築を難しくする⁵⁾と言われている。そして、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⁵⁾。しかし、二分脊椎症者の性の研究では、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⁶⁾。これらのことから、二分脊椎症者にどのような性教育をしたらよいか検討が必要である。本研究は、二分脊椎症者の性教育ニーズを明らかにすることを目的としている。この研究が二分脊椎症者の性教育を作る上で役立つことを望む。

2. 方 法

1) 用語の定義

本研究における性教育は、コミュニケーションや人権に関する内容も含む性に関する包括的な教育とした。一般的に、ニーズは「必要、要求、需要」⁷⁾とされている。これらを踏まえ、性教育のニーズの定義を「当事者が望む、あるいは当事者の経験から必要とされている性教育の内容や方法」とした。

2) 対 象

対象は、18～40歳未満の二分脊椎症者であり、過去を思い出して話ができる方、自分の考えを話せる方とした。

3) 研究協力者の募集方法

患者会、A県こども病院、日本小児総合医療協議会会員施設、B障害者スポーツ団体に研究協力者募集のポスターの掲示板への貼付、ポスターの機関紙への掲載、ポスターの縮小版の配布を依頼した。研究協力の依頼書を対象者に配付するにあたり、患者会とA県こども病院から協力を得た。

4) データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。この面接法は、大まかな質問項目に対して、研究協力者に自由に語ってもらう方法である。インタビュー方法は、研究協力者に対面、電話、Zoomのいずれかから選択してもらった。フェイスシートでは、年齢、交際経験の有無、婚姻歴の有無、身体状況を調査した。インタビュー内容は、基本属性の確認、最終教育歴、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。なお、日本では義務教育期間中に学校で性教育を受けている。そのため、研究協力者が想起する性教育は、一般的な性教育のイメージが学校で行われる性教育であると考えられる。しかし、本研究における性教育の定義は広範囲にわたるため、性教育にあたる具体的な項目を紙面で研究協力者の手元に置いてもらいながらインタビューを行った。本研究での性教育を示す項目として、「男女のからだの構造と生理、からだのイメージ、プライバシー、性的行動、避妊、性感染症、妊娠・出産、治療、家族、友情、愛情、人間関係（交際、結婚、育児を含む）、性に関する偏見、先入観、差別、ハラスメント、人権（性暴力、性的虐待、性被害などを含む）、性に関する国や地域、集団の考え方、男女の役割、個人の価値観の尊重、社会や仲間の影響、コミュニケーション、意思決定（意思表示、拒否、交渉、承諾）、性に関する学習のための情報源、援助や支援」を提示した。研究協力者には、男性、女性どちらの研究者がインタビューをするか希望を聞き、希望に沿って実施した。女性の研究者は、小児看護の経験と専門性があり、障がい者の性について質的研究の経験がある者であった。男性の研究者は、成人看護の経験と専門性があり、質的研究の経験がある者であった。インタビュー実施期間は、2020年9月～2021年3月であった。

5) 分析方法

録音データから逐語録を作成した。谷津⁸⁾の質的記述的な分析方法を参考に、得られたデータについて内容別にカテゴリー化を

行った。男性のデータ分析は、筆頭者がコードからカテゴリーまで作成し、成人看護の経験と専門性があり、質的研究の経験がある男性と意見の一致が得られるところまで行った。女性のデータ分析は、筆頭者がコードからカテゴリーまで作成し、助産の経験と専門性があり谷津⁸⁾の方法で女性の性について質的研究の経験のある女性と意見の一致が得られるところまで行った。その後、筆頭者が男性と女性のカテゴリー、サブカテゴリー、コードを統合し、先に述べた男性分析者と女性分析者と意見の一致が得られたところで分析を終えた。今回の二分脊椎症者の性教育に関するニーズについては、男女の共通の傾向と男女に特徴的な傾向に着目するために、男女を統合して分析を行った。

6) 倫理的配慮

研究協力に応募のあった方に研究概要と倫理的配慮についての書類を読んでもらったことを確認の上、口頭で研究協力に同意が得られてからインタビューの日程調整を行った。研究協力者には、インタビュー当日に再度、研究概要と倫理的配慮について説明し、同意が得られた上でインタビューを開始した。なお、同意書でも同意を得ている。研究協力にあたっての説明書には、研究概要(目的、方法、意義)、個人情報保護、謝礼、研究協力の辞退、研究者の連絡先について記載した。プライバシーの高い内容が語られることや性の多様性を考慮し、インタビュー実施者は男性、女性を選択できるようにした。録音データの個人名、地名、施設名は記号化して扱い、個人が特定されないようにした。本研究は、C大学倫理審査委員会の承認を得

て実施した(No 929, e279, e291)。

3. 結果

男性9名、女性7名から研究協力が得られ、男性9名、女性5名を分析対象とした。今回、分析対象に含めなかった2名についての理由を述べる。1名は成人期に二分脊椎症と診断され、自身の疾患を自覚せずに成人になったことから性教育の受け止め方や性に関するエピソード、性教育への要望が他の方と大きく異なる可能性があったためである。もう1名は思春期～青年期に二分脊椎症とは直接関連のない疾患について集中的に治療が必要であったため、性教育の受け止め方や性に関するエピソード、性教育への要望が他の方と大きく異なる可能性があったためである。なお、インタビュー方法は、対面で2名、Zoomで7名、電話で5名であった。インタビュー時間は1人当たり40分～1時間35分であった。

1) 研究協力者の属性

研究協力者の属性を示した(表1)。10代1名、20代10名、30代3名であった。診断名は、脊髄髄膜瘤11名、脊髄脂肪腫2名、二分脊椎症1名であった。なお、二分脊椎症と回答した1名は、二分脊椎症という診断のみ告げられており、詳細な診断名は不明であった。病変部位はTh12が2名、L5以下7名、不明5名であった。水頭症あり9名、なし5名であった。13名は自己導尿をしており、12名はおむつやパッドを使用していた。1人は屋内外で車椅子移動、2名は屋外で車椅子移動、3名は屋外で杖や装具・補助具を用いて独歩、8名は屋外で杖や装具をなしで独歩であった。12

表1 研究協力者の属性

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
年齢	20代後半	20代前半	20代前半	20代後半	30代後半	30代後半	20代後半	20代後半	20代後半	20代後半	10代後半	30代前半	20代後半	20代後半
性別	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	女性	女性
交際経験/ 婚姻歴	あり/あり	あり/なし	あり/なし	あり/あり	あり/あり	あり/あり	なし/なし	あり/なし	あり/なし	なし/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
診断名/ 病変部位	脊髄髄膜 瘤/不明	脊髄髄膜 瘤/L5-S1	脊髄髄膜 瘤/S1	脊髄脂肪 腫/不明	脊髄髄膜 瘤/不明	脊髄髄膜 瘤/S1-S2	脊髄髄膜 瘤/Th12	脊髄髄膜 瘤/L5-S1	脊髄髄膜 瘤/L5-S3	脊髄髄膜 瘤/Th12	脊髄脂肪 腫/L5	脊髄髄膜 瘤/不明	脊髄髄膜 瘤/S1	二分脊椎 症/不明
水頭症	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	あり	あり
ADL:移動	屋内/独歩 屋外/ 車椅子	屋内外/ 独歩	杖・装具で 屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内/這う 屋外/ 車椅子	装具で 屋内外/ 独歩	補助具で 屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩	屋内外/ 独歩
ADL:更衣	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立
ADL:食事	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立
ADL:入浴	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	一部介助	自立	自立	自立	自立
排尿方法	用手排尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自己導尿	自然排尿/ 自己導尿
排便方法	薬剤使用	洗腸	洗腸/掻便	自然排便/ 薬剤使用	自然排便	自然排便	自然排便	自然排便	洗腸	洗腸	薬剤使用	洗腸	薬剤使用	自然排便/ 掻便
おむつ・ パッド使用	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり
最終教育歴	高校 (養護学校)	高校 (一般校)	短期大学	専門学校	大学院	専門学校	大学	高校 (一般校)	専門学校	短期大学	中学 (一般校)	専門学校	短期大学	大学

名は交際経験があり、4名(男性のみ)は婚姻歴があった。3名は高校を卒業しており、10名は専門学校、短期大学、大学を卒業していた。

2) 二分脊椎症者の性教育に関するニーズ

得られた9カテゴリー、36サブカテゴリーを性教育の内容と性教育の方法というテーマに分けて示した(表2, 3, 4)。男女共通で得られたカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを表2、男性のみから得られたカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを表3、女性のみから得られたカテゴリー、サブカテゴリー、主なコードを表4に示した。また、本文中のカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉とした。

(1) 性教育の内容

二分脊椎症者の性教育の内容については、【一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育】【人間の体と発達、陰部・臀部の清潔】【人間関係】【自己・他者の尊重】【性行為と性感

染症予防】【生殖と遺伝】が必要であった。

【一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育】には、〈一般的な性教育がベースである〉〈二分脊椎症を踏まえた性教育がある〉とよい〉〈一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育の両方があるとよい〉という3サブカテゴリーが含まれた。【人間の体と発達、陰部・臀部の清潔】は、男性のみから得られた。〈陰部・臀部の清潔について知りたい〉〈体や性について健常者との違いを知りたい〉〈二次性徴や男女の体について知りたい〉という3サブカテゴリーが含まれた。〈陰部・臀部の清潔について知りたい〉〈体や性について健常者との違いを知りたい〉は男性各2名が語った。【人間関係】には〈恋愛・交際・結婚について知りたい〉〈交際相手に病気や障害について理解を得る〉〈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〉〈異性や好意ある相手に病気や障害をカミングアウトすることが難しい〉〈病気や障害があることで交際や結婚に困難が

表2 男女共通で得られた性教育ニーズ

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	研究協力者
一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた内容		一般的な性教育がベースである	学校で受けた性教育は全部、役立っている	DEGJKLMN
		二分脊椎症を踏まえた性教育があるとよい	障害者のニーズに応じた性教育が受けられれば、性や性行為に対する固定概念が自分のなかで少し変わるのかなと思うし、希望にもつながると思う	CEFUJKLMN
		一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育の両方があるとよい	健常者側の知識と二分脊椎の知識を照らし合わせる必要があるので、健常な方の性教育だけではなくて、二分脊椎の方に合った知識を持っていたほうがいいと思う	AIKN
性教育の内容	人間関係	恋愛・交際・結婚について知りたい	結婚の多様な形を知ったうえで、結婚とは何かがわかりやすい例を知りたいと思う	ADFN
		交際相手に病気や障害について理解を得る	見た目でわからない失禁についても先に行ってしまった方が気持ち的に楽なので伝えている	ABCDEFGHIJKLMN
		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	二分脊椎症はなかなか理解してもらえない病気なので、二分脊椎のことも踏まえての性教育を一般の人にもしてもらえるとよかった	AKL
	性行為と性感染症予防	性行為の工夫や注意点について知りたい	障害により身体的な制限がある中で、どのように性行為をするのか気になる	DFGHIJKLMN
		遺伝について知りたい	病気が遺伝するかどうかについて、確証が持てるものをネットなどで公開してほしいし、自分のことなので気になる	BCKM
生殖と遺伝		妊娠・出産について知りたい	普通の体ではないので将来の妊娠や出産について不安がある	ADGJLMN
		避妊について知りたい	学校ではピルの副作用について教わらなかったの、教えるべきだと思った	DGIJKMN
性教育の方法	同じ病気や障害のある人との性に関する情報交換	同じ病気や障害の人から情報を得たい	同じ悩みを抱える人と悩み事などの話がしたかったが、病院でも患者会でも同じ病気がある人と知り合う機会が少なかった	BDFGHIJKLN
		身近な信頼できる医療者と性の話をしたい	関係性が短い医師よりも長くみてくれた親しい看護師の方が話しやすい	ABCDEFGHIJKM
		困ったとき、話したいときに気軽に相談できる環境があるとよい	年配の大人が自分の経験話してくれる環境があったら不安にならないと思う	ADIKL
	信頼ある人から信頼ある教育や情報を得る機会、話やすい環境	親や親戚、知人から性について相談・助言を受けて助けられた	ネットで検索するより母や同僚に話を聞く方が明確な答えが返ってくる	IJKMN
		身近な信頼できる知人・友人と話したい	恋愛や交際については、中学校のときに話そうという発想がなかったが、友人から日常の会話のなかで、聞ければよかったと思う	DGIJKM
		得た情報を参考にして自分に合わせて活用する	性について得た情報を自分流にアレンジしている	EGM
	よりよい教育・情報提供と情報活用方法	インターネットをうまく活用する	インターネットで調べる時には、医師や看護師といった専門家の情報や一般人の経験を参考にしている	BDIJKMN
		わかりやすい性教育がよい	二分脊椎の有無にかかわらず、小学校高学年以上が見られるような漫画や図、絵で描いてある入門書としてのDVDやパンフレットがあるといいと思う	ACJLM
		同性・異性のどちらと話しやすいかは人や話の内容によって異なる	性に関する教育者は女性でも男性でもいいが、性別を気にする人もいるかもしれない	ABCDEFGHIKMN

表3 男性のみから得られた性教育ニーズ

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	研究協力者
性教育の内容	人間の体と発達、陰部・臀部の清潔	陰部・臀部の清潔について知りたい	体の部分の清潔(主に陰部や臀部といった排泄にかかわるところ)を保たないと、本当に大変なことになるので大切だと思った	CD
		体や性について健常者との違いを知りたい	二分脊椎症のある人の性について一般との違いを知りたくてインターネットで調べた	BC
		二次性徴や男女の体について知りたい	自分の性だけではなく、異性の性も教育内容に含まれていたらいいと思う	BCFGI
	人間関係	異性や好意ある相手に病気や障害をカミングアウトすることが難しい	自分の病気や障害のことをなかなか言い出しにくかったし、恥かしさもあった	BFHI
		病気や障害があることで交際や結婚に困難がある	自分は子どもを作れないので、子どもが好きな女性や子どもが欲しい女性と付き合うことが失礼だという思いがあった	BCDEFGI
		人間関係・コミュニケーション・男女の心について知りたい	コミュニケーション方法を身につけることで、友達や異性の交遊関係に幅が広がる	ACFE
	自己・他者の尊重	命の尊さについて知りたい	命の大切さについては知っておいて損はないかと思った	C
		人権・多様性・個人の価値観の尊重について知りたい	自分の身体的な障害への対応を考えながら、人権、LGBTにも対応できるように体系的な教育が必要だと思う	E
	性行為と性感染症予防	性感染症について知りたい	性感染症については、障害の有無にかかわらず平等に必要なである	GI
	生殖と遺伝	子どもを持つことを考える	子どもへの遺伝のリスク、子どもが障害をもったときの苦勞、父親が障害者であることによるいじめを考えて子どもを持つことを自主的にあきらめた	DEFG
		不妊・不妊治療について知りたい	今、男性不妊で家族のあり方など苦勞しているの、子どもを持つこと、不妊・不妊治療、子どもを産まない選択について早い段階で話が聞けたらよかった	ABCDGE
	性教育の方法	よりよい教育・情報提供と情報活用の方法	必要な時、関心のある時に教育や情報を得る	今なら医療機関で性について話をしてみたいと思う

表4 女性のみから得られた性教育ニーズ

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	研究協力者
性教育の方法	同じ病気や障害のある人との性に関する情報交換	同じ病気の人への性に関する支援をしたい	障害者の性教育を自分の立場として考えていかないといけないと思っている	K M
		信頼ある人から信頼ある教育や情報を得る機会、話やすい環境	自分を理解している家族に性の相談できるのが一番だと思う	J K N
	よりよい教育・情報提供と情報活用の方法	病気や障害に合わせた対処法をみつけていく	自分に合った方法をその都度みつけて月経への対処を覚えた	J K L
		いろいろな形態の教育があるとよい	恋愛や交際、性行為については、個別での話をしたり、みんなで話したりがいい	L M N
		早くから性教育を受けたい	性や性別に関して、いつ気づきや経験をするかわからないのもう少し早く知れたかった	M

ある〉〈人間関係・コミュニケーション・男女の心について知りたい〉という6サブカテゴリーが含まれた。〈異性や好意ある相手に病気や障害をカミングアウトすることが難しい〉〈病気や障害があることで交際や結婚に困難がある〉〈人間関係・コミュニケーション・男女の心について知りたい〉は男性のみから得られたサブカテゴリーであった。【自己・他者の尊重】には、〈命の尊さについて知りたい〉〈人権・多様性・個人の価値観の尊重について知りたい〉という2サブカテゴリーが含まれた。これらは男性各1名から得られたサブカテゴリーであった。【性行為と性感染症予防】には、〈性行為の工夫や注意点について知りたい〉〈性感染症について知りたい〉という2サブカテゴリーが含まれた。〈性感染症について知りたい〉は、男性2名から得られたサブカテゴリーであった。【生殖と遺伝】には〈遺伝について知りたい〉〈妊娠・出産について知りたい〉〈避妊について知りたい〉〈子どもをもつことを考える〉〈不妊・不妊治療について知りたい〉という5サブカテゴリーが含まれた。〈子どもをもつことを考える〉〈不妊・不妊治療について知りたい〉は男性のみから得られたサブカテゴリーであった。

(2) 性教育の方法

方法については、【同じ病気や障害のある人との性に関する情報交換】【信頼ある人から信頼ある教育や情報を得る機会、話やすい環境】【よりよい教育・情報提供と情報活用の方法】が求められていた。

【同じ病気や障害のある人との性に関する情報交換】には、〈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2サブカテゴリーが含まれた。〈同じ病気の人への性に関する支援をしたい〉は女性のみから得られたサブカテゴリーであった。【信頼ある人から信頼ある教育や情報を得る機会、話やすい環境】には、〈身近な信頼できる医療者と性の話をしたい〉〈困ったとき、話したいときに気軽に相談できる環境があるとよい〉〈親や親戚、知人から性について相談・助言を受けて助けられた〉〈身近な信頼できる知人・友人と話したい〉〈家族・親戚から性について学んだり支援を受けたい〉という5サブカテゴリーが含まれた。〈家族・親戚から性について学んだり支援を受けたい〉は女性のみから得られたサブカテゴリーであった。【よりよい教育・情報提供と情報活用の方法】には、〈得た情報を参考にして自分に合わせて活用する〉〈病気や障害に合わせた対処法をみつけ

ていく〉〈インターネットをうまく活用する〉〈わかりやすい性教育がよい〉〈同性・異性のどちらと話しやすいかは人や話の内容によって異なる〉〈必要な時、関心のある時に教育や情報を得る〉〈いろいろな形態の教育があるとよい〉〈早くから性教育を受けたい〉という8サブカテゴリーが含まれた。〈必要な時、関心のある時に教育や情報を得る〉は男性のみ、〈病気や障害に合わせた対処法をみつめていく〉〈いろいろな形態の教育があるとよい〉〈早くから性教育を受けたい〉は女性のみから得られたサブカテゴリーであった。〈早くから性教育を受けたい〉は女性1名のみからの語りであった。

4. 考 察

性教育の内容と方法について、性別にかかわらず二分脊椎症者の性教育に関するニーズと性別に特有の性教育に関するニーズという視点で考察する。

1) 性教育の内容

【一般的な内容と二分脊椎症を踏まえた内容】では、一般的な教育をベースとし、加えて二分脊椎症を踏まえた教育を必要としていた。海外の先行研究でも、二分脊椎症者は一般的な性教育の必要性を述べている⁹⁾。そして、疾患特有の性教育が不足していること¹⁰⁻¹²⁾が示されている。国内でも同様であることが示された。【人間関係】では、恋愛・交際・結婚の教育を望んでいた。先行研究でも男女ともに性活動や異性との関係に気がかりがあると言われている^{4,13)}。二分脊椎症の影響により、男女ともに下半身の運動機能障害、知覚障害、自己導尿や排便管理の必要が生じ

ることもある。特に、膀胱直腸障害は見た目ではわかりにくい。実際、異性との交際には、失禁が影響している^{4,13)}。恋愛・交際・結婚、性行為といった親密な関係に発展することに緊張や困難感があると推察される。また、男性のみが人間関係・コミュニケーション・男女の心についての教育を望んでおり、異性だけではなく他者との関係をうまく築くことを望んでいた。恋愛・交際・結婚、性行為といった親密な関係に発展する前の段階においても男性は緊張や困難感を感じる機会が女性よりもある可能性があるが、今回はこの男女差の理由について明らかではない。さらに、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、自分の体について交際相手に理解を得ている、または理解を得たいと考えていることが明らかになった。パートナーに疾患や障害について話すこと、理解を得ることの難しさについては、男性において本研究の結果と類似した先行研究がある¹³⁾。疾患や障害について交際相手に伝えた場合に自分が受け入れられるかといった不安からためらいが生じることもあると考える。このような思いは当事者でしか真に理解できないデリケートな心理であり、ピアサポートが重要になる。また、疾患や障害について親密な関係にあるパートナーやパートナーの家族に説明するためには、疾患や障害をまずは自分自身が理解すること、他者に伝えるスキルが必要となる。そして、当事者に対する性教育とは離れるが、疾患や障害の性について世間一般に知ってほしいという要望があった。二分脊椎症は10,000人対5.0~6.0である¹⁴⁾。多くはない疾患であるため、一般の方に疾患や障害およびそれに伴う性への

影響について理解を得るための啓発も必要であると考えた。二分脊椎症者への一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育、二分脊椎症者が病気や障害に関して他者に説明して理解を得ることは、健常者と二分脊椎症者の相互理解に必要である。

【性行為と性感染症】では、性行為の工夫や注意点についての教育を望んでいた。男性については性感染症予防についての教育も希望があった。【人間関係】の恋愛・交際・結婚の教育を望んでいた理由と同様に、性行為についても下半身の運動機能障害、知覚障害、自己導尿や排便管理の必要性、見た目ではわかりにくい膀胱直腸障害が影響していると推察される。国内の先行研究では、性行為時の姿勢のとりにくさや失禁が性行為に対する困難や恐怖の一因となっていることが示されている¹³⁾。今回は男性のみ性感染症予防の教育を希望したが、女性についても同様に必要な内容であると考ええる。

【生殖と遺伝】では、男女ともに、妊娠・出産、遺伝、避妊についての教育を望んでいた。男性では、不妊・不妊治療、子どもを持つことについてニーズもあった。男性では、勃起障害、不妊症が生じることもある¹⁵⁾。そのため、子どもをもつこと¹⁰⁾、遺伝¹³⁾、不妊^{10,13)}について気がかりがある。一方、女性の場合、一般の女性と性機能はあまり変わらないといわれている¹⁶⁾。しかし、妊娠、出産の願望と不安、諦めが示されている⁴⁾。これらのことから、妊娠・出産、遺伝についての教育が必要とされていると考える。そして、研究協力者は交際経験の有無にかかわらず、避妊についての教育の必要性を語っていた。一般的な避妊に関する調査では、大学生男子では87.6%、女

子では75.8%がいつも避妊を実行しており、高校生以下よりも実行率が高い¹⁷⁾。これは、高校の学習指導要領に避妊が含まれていること、学校以外から避妊に関する知識の必要性を得た可能性、経験的に避妊についての教育の必要性を認識しているためと考える。しかし、国内の調査の一部の語りからの結果であるが、特別支援学級では性教育を受ける機会が少なかったこと、養護学校（現在の特別支援学校）では性教育を受ける機会がなかったことも示されている¹⁸⁾。そのため、十分な知識を得られていない人もいる可能性がある。

以上から、一般的な性教育を学校で行い、医療機関や患者会で疾患特有の性教育を担うことを検討すべきである。また、これらの内容は、青年期～性成熟期にある人の関心ごとでもあったことから、対象者の疾患や障害に基づいたニーズ、年齢、発達を踏まえた内容を考える必要がある。二分脊椎症男性への調査では、デート開始年齢は10～23歳、性交開始年齢は15～25歳と言われている¹⁹⁾。また、海外の二分脊椎症者の自己管理と自立のガイドラインには、13～17歳以降においてセクシュアリティ、避妊、結婚、出産、遺伝、葉酸摂取について話し合うように言われている²⁰⁾。そのため、将来的な恋愛や交際の準備としての人間関係やコミュニケーションについての教育は思春期前から、恋愛・交際・結婚、性行為、妊娠・出産、子どもを持つこと、不妊と不妊治療、遺伝などの教育は10代後半以降には必要であると考ええる。

【自己・他者の尊重】では、男性のみの語りから抽出され、人権・多様性・個人の価値観の尊重について知りたい、命の尊さについて知りたいというニーズがあった。二分脊椎

症のある男性の調査では、思春期に身体に関連した悩みが報告されている²¹⁾。特に性器は、男らしさとして大学生男子に評価されている²²⁾。性別身体像は、大人の男(女)としての自己の存在の基盤、自己像の中核であると同時に、性役割の学習や対異性行動にも影響を与える、青年期の性同一性発達の基盤として位置づけられる²²⁾。このような身体的な悩みや性機能障害の可能性が男性としてのアイデンティティに影響する可能性も考えられる。そのため、体、性的指向、交際、性行為、結婚、子どもを持つことについて多様な考えがあること、すべての人に人権があること、排除されたり、非難されることではないことといった教育内容の必要性を感じているのではないかと推察する。また、同時に1人1人の存在に意味があるという命の尊さの重要性を認識していると考ええる。

【人間の体と発達、陰部・臀部の清潔】は、男性のみの語りから抽出され、陰部・臀部の清潔について知りたい、体や性について健常者との違いを知りたい、二次性徴や男女の体について知りたいというニーズがあった。二分脊椎症者は自己導尿やおむつを使用していたり、下半身に知覚障害がある場合があることから、陰部・臀部の清潔を保つことは男性だけではなく、女性にも必要な内容であると考ええる。また、思春期では健常者との体の違いを感じたり、二次性徴の際に体に変化することを受け入れことの難しさもある²¹⁾。そのため、特に思春期以降における心と体の変化について一般的な性教育と疾患を持つ者に特有の教育と支援を必要としていると考ええる。

2) 性教育の方法

二分脊椎症者は、【同じ病気や障害のある人との性に関する情報交換】を必要としていた。そのため、情報交換の機会や情報交換ができる冊子やサイトが必要であると考ええる。女性では同じ疾患や障害のある人に性に関する支援をしたいという語りもあった。このことから、初めは教育をする当事者に情報提供をしたり、支援をしたりする専門家とともに行うことになるが、当事者によるピア教育を有効な方法であると考ええる。厚生労働省は、性に関する健全な意識を涵養し正しい理解の普及を図るため、価値観を共有する同世代の仲間による相談・教育活動(「ピア・カウンセリング」と「ピア・エデュケーション」)の普及促進をしている²³⁾。また、二分脊椎症者は、【信頼ある人から信頼ある教育や情報を得る機会、話やすい環境】を求めている。先行研究では、セクシュアリティについての情報源は学校^{18,19)}、親、医療者、友人^{18,19,24)}、同じ疾患や障害のある仲間¹⁸⁾であったことから、教育者や医療者、親などが性について話しやすい雰囲気づくり、きっかけづくりをする必要があると考ええる。そのためには、教育者側の養成も必要である。国内の医療者を対象とした研究では、調査対象者269名のうち17.4%が二分脊椎症のある女性から様々な性の相談を受けていた²⁵⁾。また、その医療者の54.5%が性教育の必要性を感じていたが、知識や経験が少ないという声もあった²⁵⁾。そして、【よりよい教育・情報提供と情報活用の方法】では、同じ性別の人と話すかどうか、異性と話すかどうかは話す内容や信頼関係によるので、希望を考慮する必要があることが示された。また、当事者

は、自分が情報を欲しい時に正しい情報にアクセスできる環境を必要としていた。これは二分脊椎症のある男性を対象とした先行研究と同様の結果であった¹⁸⁾。必要なときにアクセスできることを明確に示すこと、インターネットを使用することが役立つ¹⁹⁾。さらに、わかりやすい性教育として、理解しやすい言葉を用いながら、視覚・聴覚に訴える教材を検討する必要がある。そして、二分脊椎症者は様々な症状や障害を呈しているため、得られた情報を自分に合うように活用するスキルを獲得することが重要である。これは国際セクシュアリティ教育ガイダンス²⁾の性情報リテラシーに関する教育に相当する。

3) 本研究の限界と今後の課題

本研究は、性教育という話しにくいテーマに快く答えてくださった参加者からのデータである。そのため、二分脊椎症者の中でも性教育を前向きに捉え、その意義を感じている方からの結果であったと考える。今後、この結果をもとに、性教育の実施と評価を進めていく。

5. 結 論

二分脊椎症者は、人間の体と発達、陰部・臀部の清潔、病気や障害について他者から理解を得ることについて、人間関係、自己・他者の尊重、性行為と性感染症予防、生殖と遺伝について、一般的な性教育と二分脊椎症を踏まえた性教育の内容を求めている。また、体や性についての健常者との違い、陰部・臀部の清潔、性行為の工夫や注意点、遺伝、育児、不妊・不妊治療、病気や障害について他者から理解を得ることについて特有の性教

育ニーズを示した。また、身近な信頼できる医療者と性の話をする、同じ病気や障害のある人との情報交換、得た情報を参考にして自分に合わせて活用すること、病気や障害に合わせた対処法を見つけていくことが必要であった。

謝 辞

本研究にご協力くださいました皆様に心より感謝申し上げます。なお、JSPS科研費20K19175の助成を受けました。

文 献

- 1) 大澤絵里：【持続可能な開発目標（SDGs）に基づく今後のグローバルヘルス】SDGs時代の若者のセクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス。保健医療科学 66(4): 402-408, 2017.
- 2) ユネスコ編：改訂版国際セクシュアリティ教育ガイダンス 科学的根拠に基づいたアプローチ。明石書店、東京、2020.
- 3) 水野哲夫：【子どもの性を多角的に理解しよう】子どもの性社会的側面から理解する学校における性教育は今。小児科診療 82(12): 1731-1735, 2019.
- 4) 鈴木幸子、野田洋子、松野智香子他。二分脊椎女性とその親の性に対する思い。思春期学 32(3)：317-326, 2014.
- 5) 野田洋子、足立久子、松野智香子他：思春期から性成熟期にある二分脊椎女性の月経の経験。岐阜看護研究会誌 5: 23-32, 2013.
- 6) Houtrow A, Roland M: Sexual Health and Education. Spina Bifida Association. (2022/3/16) <https://www.>

- spinabifidaassociation.org/resource/sexual-health/#introduction (2022年3月16日検索)
- 7) 新村出編：広辞苑第7版. 岩波書店, 東京, p2205, 2019.
 - 8) 谷津裕子：Start Up 質的看護研究第2班. 学研 メディカル秀潤社, 東京, 2017.
 - 9) Heller MK, Gambino S, Church P et al: Sexuality and Relationships in Young People with Spina Bifida and Their Partners. *J Adolesc Health* 59:182-188, 2016.
 - 10) Sawyer SM, Roberts KV: Sexual and reproductive health in young people with spina bifida. *Dev Med Child Neurol* 41(10): 671-675, 1999.
 - 11) Streur CS, Schafer CL, Garcia VP et al: "If Everyone Else Is Having This Talk With Their Doctor, Why Am I Not Having This Talk With Mine?": The Experiences of Sexuality and Sexual Health Education of Young Women With Spina Bifida. *J Sex Med* 16(6): 853-859, 2019.
 - 12) von Linstow ME, Biering-Sørensen I, Lieblich A, Lind M et al: Spina bifida and sexuality. *J Rehabil Med* 46(9): 891-897, 2014.
 - 13) 道木恭子, 土居悦子, 野田洋子他：二分脊椎男性のセクシュアリティに関する調査報告. *日本性科学会雑誌* 34(1): 67-70, 2016.
 - 14) 研究代表者 熱田リハビリテーション病院 副院長 近藤厚生. 二分脊椎の予防指針作成：二分脊椎の病因探索と薬酸情報の伝達システムの研究班. 厚生労働省 (2015/5/15) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000101149.pdf> (2021年12月20日検索).
 - 15) 白石晃司：男性二分脊椎患者の性機能障害と不妊治療. *小児の脳神経* 41(2): 216-222, 2016.
 - 16) 石堂哲郎：二分脊椎者の性機能・結婚の問題. *医学のあゆみ* 192(4): 296-297, 2000.
 - 17) 日本性教育協会：「若者の性」白書－第8回青少年の性行動全国調査報告－. 小学館, 東京, 132-138, 2019.
 - 18) 笠井久美, 小野敏子, 道木恭子他：二分脊椎男性の性と生殖に関する情報提供のあり方. *思春期学* 35(1): 152-158, 2017.
 - 19) 道木恭子, 笠井久美：成人期にある二分脊椎男性の性的経験に関する研究. *日本性科学会雑誌* 36(1): 21-29, 2018.
 - 20) Logana LR, Sawinb KJ, Bellinc MH et al: Self-management and independence guidelines for the care of people with spina bifida. *J Pediatr Rehabil Med*. 13: 583-600, 2020.
 - 21) 土居悦子, 笠井久美, 道木恭子他：思春期における二分脊椎男性の心身の変化. *茨城県立医療大学紀要* 23: 41-48, 2018.
 - 22) 柴田利男, 野辺地正之：青年期の身体に対する男らしさ・女らしさの認知. *教育心理学研究*, 39(1): 40-46, 1991.
 - 23) 内閣府：第2節 子供・若者の健康と安心安全の確保, 令和3年版 子供・若者白書 (全体版) (2021/10/14). https://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/r03honpen/s2_2.html (2022年3月15日検索)
 - 24) 道木恭子, 岩田力：二分脊椎女性の月経に関する調査. *小児看護* 31(2): 264-268,

2008.

- 25) 小野敏子, 笠井由美子, 野田洋子他: 二分
脊椎女性の月経と性に関する研究－医療

従事者のアンケート調査から－. 川崎市立
看護短期大学紀要 15(1): 81-85, 2010.

原 著

自殺企図男性のホルモン値に関する検討

きじまこころクリニック¹⁾

関西医科大学²⁾

関西医科大学精神神経科学講座³⁾

関西医科大学総合医療センター 救命救急センター⁴⁾

織田 裕行^{1,2)}, 山田妃沙子^{3,4)}, 池田俊一郎³⁾

許 全利³⁾, 北元 健^{3,4)}, 松岩 七虹¹⁾

中森 靖⁴⁾, 木下 利彦³⁾

A Study of Hormone Levels in Suicide Attempted Male.

Kijima Cocoro Clinic¹⁾

Kansai Medical University²⁾

Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University³⁾

Medical Emergency Center, Kansai Medical University Medical Center⁴⁾

ODA Hiroyuki^{1) 2)}, YAMADA Hisako^{3) 4)}, IKEDA Shunichiro³⁾

KYO Masatoshi³⁾, KITAMOTO Takeshi^{3) 4)}, MATSUIWA Nanako¹⁾

NAKAMORI Yasushi⁴⁾, KINOSHITA Toshihiko³⁾

抄 録

自殺は日本における主要な死因の一つである。なかでも高齢男性の自殺率が高い。この特徴が、LOH症候群のようなテストステロンの低下と関係があるなら、テストステロンに対する積極的な検査と治療が自殺予防の効果的な戦略となりうる。そのため、今回、ホルモン値と自殺の関係について調査し検討した。

2017年4月から2020年3月までに関西医科大学総合医療センター救命救急センターに搬入された自殺企図者のうち、20歳以上の男性は71人であった。

この71人のうち、遊離サイロキシシン値は36人で測定され1人が基準値を下回っていた。総テストステロン値は22人で測定され9人が基準値を下回り、1人が上回っていた。このことから、総テストステロン値は遊離サイロキシシン値に比し、検査頻度は低いが高い頻度で基準値を下回っていることが分かった。同時に、総テストステロン値の低下は年齢にかかわらず自殺企図に関連する可能性があるとして推測された。

今後は、自殺企図男性の総テストステロン値に関する積極的な評価を行い、TRTを含めた適切

な治療につなげることが望まれる。

本稿は、総テストステロン値と自殺企図との関係について調査し検討した日本における最初の論文である。

Abstract

Suicide is one of the leading causes of death in Japan. And the suicide rate of elderly men is high. If this feature is associated with a decrease in testosterone, such as LOH syndrome, aggressive testing and treatment of testosterone can be an effective strategy for suicide prevention. Therefore, we examined the relationship between hormone levels and suicide.

From April 2017 to March 2020, 71 males aged 20 and over were brought into the Kansai Medical University Medical Center Critical Care Center.

Of these 71, free thyroxine levels were measured in 36 and 1 was below reference. Total testosterone levels were measured in 22 people, 9 below the reference range and 1 above. It was found that the total testosterone level was lower than the standard value, although the test frequency was low, compared to the free thyroxine level. And it was speculated that lower total testosterone levels may be associated with suicide attempts at any age.

It is desirable to positively evaluate the total testosterone level of men who attempt suicide and to lead to appropriate treatment including TRT.

This is the first trial in Japan to investigate and examine the relationship between total testosterone levels and suicide attempts.

Keywords: Suicide, Late-onset hypogonadism (LOH), Total testosterone, Free thyroxine, Testosterone replacement therapy (TRT)

緒言

日本において、自殺は主要な死因の一つである。厚生労働省によれば、2019年の自殺による死亡者数は19,425人であり、死亡者総数1,381,093人の1.41%を占める¹⁾。男性に限れば、自殺による死亡者数は13,668人で、死亡者総数707,421人の1.93%を占める¹⁾ (表1)。つまり、死亡した男性の約50人に1人は自殺によるものである。年齢5歳階級別の死因順位についても男性では自殺が高順位にある。10歳から44歳まで死因の1位は自殺である。

その数は、不慮の事故や悪性新生物による死亡数よりも多い。それ以上の年齢においては、悪性新生物、心疾患などの身体疾患が増加するものの、44歳から54歳においても自殺は死因の3位である²⁾。

表1 死亡者数と自殺者数 (2019年)¹⁾

	総数	男性	女性
死亡者数	1,381,093	707,421	673,672
自殺者数	19,425	13,668	5,757
自殺者数/死亡者数	1.41%	1.93%	0.85%

表2 年齢5歳階級別の自殺者数 (2018) ³⁾

年齢	総数	男性	女性
0-4	-	-	-
5-9	-	-	-
10-14	99	66	33
15-19	503	307	196
20-24	1,045	742	303
25-29	1,059	761	298
30-34	1,235	920	315
35-39	1,288	966	322
40-44	1,574	1,132	442
45-49	1,816	1,295	521
50-54	1,854	1,319	535
55-59	1,561	1,142	419
60-64	1,351	978	373
65-69	1,569	1,035	534
70-74	1,495	973	522
75-79	1,360	883	477
80-84	1,102	693	409
85-89	708	421	287
90-94	292	145	147
95-99	61	25	36
100-	12	5	7

表3 年齢5歳階級別の自殺率 (2018) ³⁾

年齢	総数	男性	女性
0-4	-	-	-
5-9	-	-	-
10-14	1.9	2.4	1.3
15-19	8.7	10.3	6.9
20-24	17.5	24.2	10.4
25-29	18.0	25.3	10.3
30-34	18.5	27.0	9.6
35-39	17.2	25.4	8.8
40-44	17.6	24.9	10.1
45-49	19.1	26.9	11.1
50-54	22.5	31.8	13.1
55-59	20.7	30.2	11.1
60-64	18.0	26.3	9.8
65-69	16.8	23.0	11.1
70-74	18.2	25.3	12.0
75-79	19.7	28.6	12.5
80-84	20.7	31.7	13.0
85-89	20.2	34.4	12.6
90-94	17.5	32.2	12.0
95-99	13.9	32.9	9.9
100-	17.4	55.6	11.7

自殺率：人口10万人当たりの自殺者数

年齢5歳階級別の自殺者数についてみると、男性は50-54歳(1,319人)、45-49歳(1,295人)、55-59歳(1,142人)の順で多い³⁾(表2)。自殺率(人口10万人当たりの自殺者数)は50-54歳が高い(31.8)。しかし、その年齢階級における人口の影響が反映されるため、人口が少ない85歳以上においては50-54歳よりも高い³⁾(表3)。

諸外国と比較しても、日本の自殺率は高い。先進7か国の中では最も高く、2019年における日本の自殺死亡率は16.0人であるが、フランス13.8人(2014年)、米国13.8人(2015年)、ドイツ12.3人(2015年)、カナダ11.5人(2013年)、英国7.5人(2015年)、イタリア6.6人(2015年)⁴⁾である。

これらのことから、日本における自殺の特

徴として、①諸外国と比較して自殺率が高いこと、②自殺が男性の死因において高順位にあり死亡者総数の1.9%を占め、自殺者総数の70%を男性が占めること、③50歳代および85歳以上で自殺率が高いこと、があげられる。この傾向は現在まで20年以上続いている。さらに日本の65歳以上の人口は3,589万人で、総人口1億2617万人に占める割合(高齢化率)は28.4%で世界1位である。今後20年は増加を続け、4,000万人近くまで増加することが予測されている⁵⁾。そのため、自殺者数の減少を図るうえで、高齢男性の自殺率が高いことは看過できない。

自殺既遂者の原因や動機について目を向けると、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」によれば、最も多い原因は「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多数存在する。一方、近年LOH症候群(Late-Onset Hypogonadism)が注目され、テストステロ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。治療方法として、テストステロン補充療法(testosterone replacement therapy: TRT)が行われており⁶⁾、その有効性も認められている⁷⁾。

先に挙げた高齢男性の自殺率が高いという日本の自殺の特徴が、LOH症候群のようなテストステロンの低下と関係があるなら、このことに対する検査と治療が自殺予防の戦略の一つとして有用となる可能性が推測される。

以上のことから、男性に対する自殺予防の戦略を構築するうえで、テストステロンとの関係を検討することは重要な課題である。しかし、この関係を調査した報告は日本において確認できない。そのため、今回、ホルモン値と自殺の関係について調査し検討した。

方 法

2017年4月から2020年3月までに関西医科大学総合医療センター救命救急センターに搬入された自殺企図者のうち、年齢は20歳以上、性別は男性を抽出した。

さらに、総テストステロン、遊離サイロキシンが測定されている者を対象として診療録をもとに調査をおこなった。自殺の意志の確認は、通常行われている精神科医による複数回の診察によっておこなわれていた。

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(整理番号 2019070)を得ている。

結 果

抽出された者は71人であった。

遊離サイロキシン値は71人のうち36人(50.7%)で測定されていた。年齢は 46 ± 15 歳。遊離サイロキシン値(基準値: 0.7-1.48)の平均値は0.92ng/dl, 中央値は0.91 ng/dl (四分位範囲0.80-1.03 ng/dl) (図1)であった。1人が基準値を下回っていた(図2)。

総テストステロン値は71人のうち22人(31.0%)で測定されていた。年齢は 51 ± 15 歳。総テストステロン値(基準値: 1.31-8.71)の平均値は2.71ng/ml, 中央値は1.90 ng/ml (四分位範囲0.70-3.65 ng/ml) (図1)であった。9人が基準値を下回り、1人が上回っていた(図3)。

遊離サイロキシン値と総テストステロン値の両ホルモン値が測定されていたのは21人であった。この21人の内、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

日本における50歳代男性の総テストステロン値は、若年成人の約80%まで低下していることが報告されている⁸⁾。このことは、泌尿器科領域を中心として近年LOH症候群として注目されている。LOHという用語は

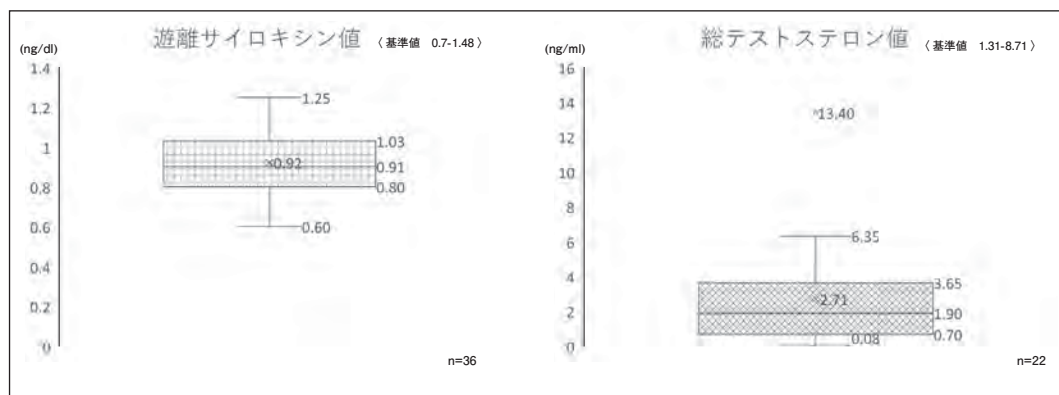


図1 遊離サイロキシシン値と総テストステロン値の分布

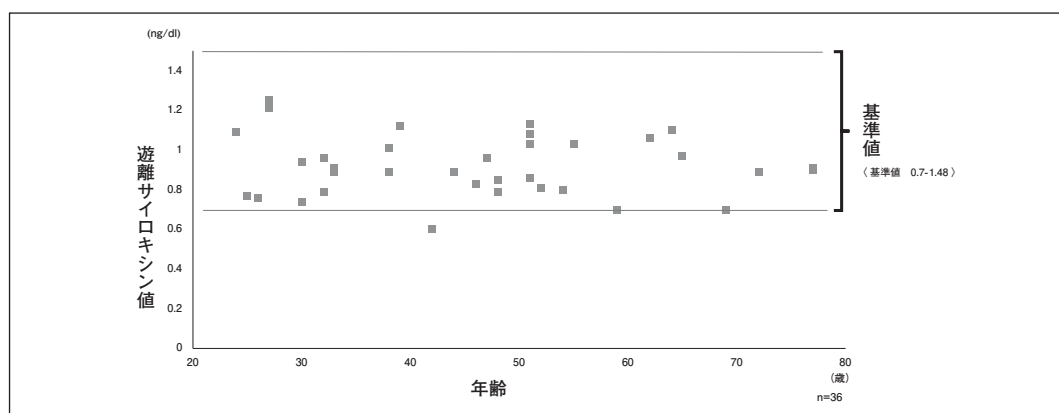


図2 年齢と遊離サイロキシシン値の関係

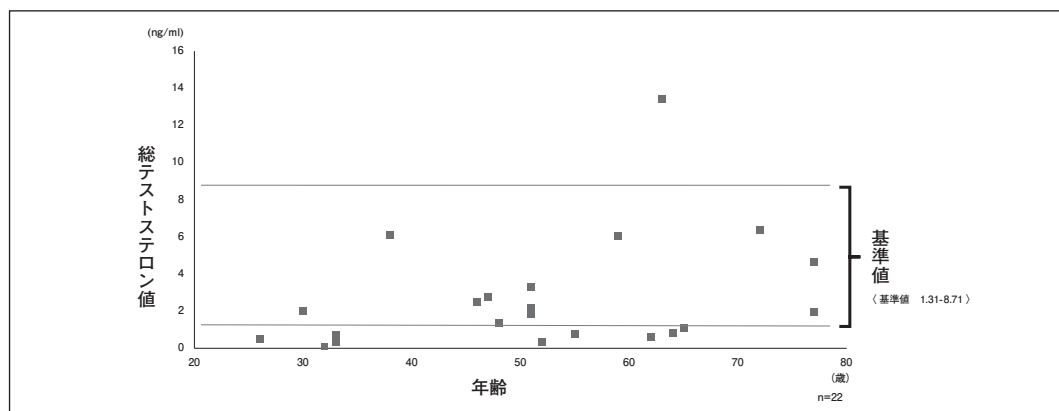


図3 年齢と総テストステロン値の関係

Nieschlagによって、2002年に第17回 ポーランド内分泌学会の講演で、2003年には文献⁹⁾で初めて公式に用いられた。特定の症状と血清テストステロン値の低下を特徴とし、加齢に関連した臨床的および生化学的症候群と定義されている。臨床症状と血清総テストステロン値の低下および／または総テストステロン値から計算された遊離テストステロン値とSHBG (sex hormone binding globulin) で診断される¹⁰⁾。その後Nieschlagらによってガイドラインが策定され、2005年にInternational Society for the Study of the Aging Male (ISSAM), International Society of Andrology (ISA), European Association of Urology (EAU)における公式ガイドラインになった¹¹⁻¹⁶⁾。

さらにWangらによって3年後ガイドラインは改訂され、European Academy of Andrology (EAA), American Society of Andrology (ASA)の公式ガイドラインにもなっている¹⁷⁻²²⁾。

治療方法として、テストステロンの低下に続発する症状を改善することを目的として、テストステロン補充療法 (testosterone replacement therapy: TRT) が行われており²³⁾、その有効性も認められている²⁴⁾。日本においても、LOHに対してTRTを含め治療方法やその期間、有効性に関する全国調査も報告されている²⁵⁾。治療有効率は30%から80% (平均63.8%) の範囲であり、担当医によってばらつきはあるものの一定の効果が示されている²⁵⁾。そのため、自殺企図男性においてテストステロンの低下が認められるなら、TRTが再企図予防に有用な可能性がある。

テストステロンの低下が精神面にどのような影響を与えているかに関する検討や、TRTの有効性に関する検討は、諸外国において次のような報告がされている。テストステロンの低下を伴う高齢男性は、不快気分、活力の低下、過敏性、自己主張の欠如、うつ病が存在する可能性が高い²⁶⁻²⁸⁾ことや、倦怠感やうつ病の特徴と関連している²⁹⁾ことがわかっている。また、テストステロンの低下と不安が関係する³⁰⁻³²⁾ことも報告されている。テストステロン補充療法 (TRT) については、その有効性について、QOLを有意に改善し、うつ病の症状がある男性で大幅に改善した³³⁾こと、大うつ病性障害よりも軽度のうつ病により効果的であった³⁴⁾ことなどがメタアナリシスによって報告されている。

テストステロンと自殺との関係を検討した報告については、Leoが複数の報告³⁵⁻⁴¹⁾をしている。2013年には、テストステロンによる攻撃性の亢進が自殺に関係している可能性と、若年者では高いテストステロンレベルが自殺傾向に直接関連している可能性が指摘されている。同時に、高齢男性ではテストステロンの低下が抑うつ症状と認知機能の低下に関連しており、うつ病と認知機能の低下は自殺行動に関連していることから、テストステロンの低下が自殺傾向に影響している可能性を指摘している³⁷⁾。これらのことから、青年期と若年成人の自殺行動は高いテストステロンレベルと関連しているのに対し、高齢の男性の自殺傾向はテストステロンレベルの低下と関連している^{37, 38)}とされてきた。

しかし、どの年齢層においてもテストステロン値が高値を示す疾患⁴²⁻⁴⁴⁾と、低下を示す疾患^{42, 45, 46)}が存在すること、高レベルと低

レベルの両方がうつ病性障害に関連している可能性がある⁴⁷⁾こと、気分障害は自殺未遂や自殺に関連している^{48, 49)}ことから、2018年には「テストステロン値が高い場合と低い場合の両方が、男性のどの年齢層においても自殺行動に影響を与える可能性がある」と新しい仮説を提唱している⁴¹⁾。

今回の20歳以上の自殺企図男性を対象とした調査では、総テストステロン値の平均値は2.71ng/ml、中央値は1.90 ng/mlであった。この平均値2.71ng/mlは、健康な生活を送っている日本の成人男性を対象とした報告⁸⁾の平均値4.32ng/mlに対し37.3%低下していることになる。また、検査会社(SRL)が示す基準値(1.31-8.71)に比し、22人中9人(40.9%)が下回り、1人が高かった。このように、総テストステロン値は対象者の40.9%で基準値を下回り、平均値では37.3%低下していたことから、総テストステロン値の低下と自殺企図との関係は否定できないものと推測された。同時に今回の調査結果から、テストステロンの異常高値が自殺企図の要因となる可能性も除外できないと推測された。

総テストステロン値と年齢の関係については、先の研究⁸⁾において、日本における成人男性で50歳まで年齢とともに低下を示したと報告されている。今回の調査では、ホルモン値と年齢には相関を認めなかった(Spearman $P=0.097$, $p=0.363$)。また、低下していた9人のうち4人は30歳前後(26-33)の若年成人であった。このことから、自殺企図者の総テストステロン値の低下は、加齢による変化のみが原因であるという可能性は否定的であった。自殺企図者の総テストステロ

ン値は低下している傾向にあり、その低下は年齢と相関を認めず、若年成人でも高齢でも低下していた今回の調査結果は、先のLeoの仮説に矛盾しないものと考えられた⁴¹⁾。

今回の調査では、遊離サイロキシン値は抽出された71人の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。このホルモン値が測定されていた者のうち、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2.8%、総テストステロンで40.9%であった。これらのことから、自殺企図者が搬入された際、精神症状の原因となる身体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40.9%で基準値を下回っていたにも関わらず検査頻度が低いことが分かった。

遊離サイロキシン値は身体症状や精神症状の原因を精査する目的で、日常臨床で広く測定されている。また、甲状腺ホルモン剤を用いるなど、その治療方法も普及している。そのため、甲状腺機能障害はうつ病や自殺企図の原因となり得るが、治療につながりやすい。このことが病態の著しい悪化や自殺企図を予防し、救命救急センターへの搬入を減少させている可能性が推測される。反対に、総テストステロン値の低下は、現在の日本では未だ検査や治療につながりにくい。今回のように症状が増悪し、自殺企図に至り、救命救急センターに搬入されたのちによりやく総テストステロン値の低下が発見されることがある。このような検査や治療の普及の差異が、今回の調査結果である遊離サイロキシン値と総テストステロン値に対する検査

頻度と検査結果に関する違いとなって表れたものと考えられた。今後は再企図予防の観点から、自殺企図男性の総テストステロン値に関する積極的な評価を行い、TRTを含めた適切な治療につなげることが望まれる。

結 論

救命救急センターに搬入された自殺企図男性に対し、総テストステロン値は遊離サイロキシニン値に比し検査頻度は低いが対象の40.9%で基準値を下回っていた。

総テストステロン値が低下していた9人のうち4人は若年成人であり、年齢との相関もないことから、総テストステロン値の低下は年齢にかかわらず自殺企図に関連する可能性があるかと推測された。

再企図予防の観点から、自殺企図男性の総テストステロン値に関する積極的な評価を行い、TRTを含めた適切な治療につなげることが望まれる。

本稿は、総テストステロン値と自殺企図との関係について調査し検討した日本における最初の論文である。

謝 辞

本研究はJSPS科研費 JP17K10345の助成を受けたものである。

文 献

- 1) Ministry of Health, Labor and Welfare: Demographic statistics in Japan. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei19/dl/11_h7.pdf]. Accessed 1, December, 2020.
- 2) Ministry of Health, Labor and Welfare:

White paper on suicide prevention in 2020. [https://www.mhlw.go.jp/content/r2h-1-3.pdf]. Accessed 1, December, 2020.

- 3) Ministry of Health, Labor and Welfare: Demographic statistics in Japan. [https://www.mhlw.go.jp/content/000575320.xlsx]. Accessed 1, December, 2020.
- 4) Ministry of Health, Labor and Welfare: White paper on suicide prevention in 2020. [https://www.mhlw.go.jp/content/r2h-1-10.pdf]. Accessed 1, December, 2020.
- 5) Cabinet Office. Annual Report on the Ageing Society in 2020. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/gaiyou/pdf/1s1s.pdf]. Accessed 1, December, 2020.
- 6) Michael Zitzmann: Testosterone, mood, behaviour and quality of life. Received: 5 June 2020 | Revised: 7 July 2020 | Accepted: 9 July 2020. DOI: 10.1111/andr.12867
- 7) Corona G, Goulis DG, Huhtaniemi I, et al.: European Academy of Andrology (EAA) guidelines on investigation, treatment and monitoring of functional hypogonadism in males. Andrology. 2020.
- 8) Teruaki Iwamoto, Toshihiko Yanase, Hitoshi Horie, et al.: Late-onset hypogonadism (LOH) and androgens: Validity of the measurement of free testosterone levels in the diagnostic criteria in Japan. International Journal of Urology 16: 168-174, 2009.
- 9) Zitzmann M & Nieschlag E: Hypogonadism in the elderly man: Rational diagnosis and therapy. Der Internist 44:

- 1313-1321, 2003.
- 10) E. Nieschlag: Late-onset hypogonadism: a concept comes of age. American Society of Andrology and European Academy of Andrology: 1-6, 2019.
- 11) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. Int J Androl 28: 125-127, 2005.
- 12) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. Aging Male 8: 56-58, 2005.
- 13) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. Eur Urol 48: 1-4, 2005.
- 14) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. J Repromed Endokrinol 2: 269-271, 2005.
- 15) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. J Androl 27: 135-137, 2006.
- 16) Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, and EAU recommendations. Malta Med J 18: 7-9, 2006.
- 17) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations. Eur J Endocrinol 159, 507-514, 2008.
- 18) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA, and ASA Recommendations. J Androl 30: 1-9, 2008.
- 19) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA, and ASA Recommendations. J Androl 32: 1-10, 2009.
- 20) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations. Int J Impot Res 21: 1-8, 2009.
- 21) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations. Aging Male 12: 5-12, 2009.
- 22) Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations. Eur Urol 55: 121-130, 2009.
- 23) Michael Zitzmann: Testosterone, mood,

- behaviour and quality of life. Received: 5 June 2020 | Revised: 7 July 2020 | Accepted: 9 July 2020. DOI: 10.1111/andr.12867
- 24) Corona G, Goulis DG, Huhtaniemi I, et al: European Academy of Andrology (EAA) Guidelines on investigation, treatment and monitoring of functional hypogonadism in males. *Andrology*. 2020.
 - 25) Hisanori Taniguchi, Tadashi Matsuda: Multi-institutional survey of medical treatment for late-onset hypogonadism in Japan. *American Journal of Men's Health* 11: 376–379, 2017.
 - 26) Shores MM, Mocer VM, Sloan KL, et al: Low testosterone levels predict incident depressive illness in older men: effects of age and medical morbidity. *J Clin Psychiatry* 66: 7–14, 2005.
 - 27) Schneider G, Nienhaus K, Gromoll J, et al: Aging males' symptoms in relation to the genetically determined androgen receptor CAG polymorphism, sex hormone levels and sample membership. *Psychoneuroendocrinology* 35: 578–587, 2010.
 - 28) Schneider G, Nienhaus K, Gromoll J, et al: Depressive symptoms in men aged 50 years and older and their relationship to genetic androgen receptor polymorphism and sex hormone levels in three different samples. *Am J Geriatr Psychiatry* 19: 274–283, 2011.
 - 29) Wu FCW, Tajar A, Beynon JM, et al: Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *N Engl J Med* 363: 123–135, 2010.
 - 30) Shahinian VB, Kuo YF, Freeman JL, et al: Risk of the 'androgen deprivation syndrome' in men receiving androgen deprivation for prostate cancer. *Arch Intern Med* 166: 465–471, 2006.
 - 31) Diamond P, Brisson G, Candas B, et al: Trait anxiety, submaximal physical exercise and blood androgens. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 58: 699–704, 1989.
 - 32) Granger DA, Shirtcliff EA, Zahnwaxler C, et al: Salivary testosterone diurnal variation and psychopathology in adolescent males and females: Individual differences and developmental effects. *Dev Psychopathol* 15: 431–449, 2003.
 - 33) Elliott J, Kelly SE, Millar AC, et al: Testosterone therapy in hypogonadal men: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 16: e015284, 2017.
 - 34) Amanatkar HR, Chibnall JT, Seo BW, et al: Impact of exogenous testosterone on mood: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Ann Clin Psychiatry* 26: 19–32, 2014.
 - 35) Leo Sher, Michael F. Grunebaum, et al: Testosterone levels in suicide attempters with bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 46: 2012.
 - 36) Leo Sher: Testosterone and suicidal behavior. *Expert Rev. Neurother* 12: 257–259, 2012.
 - 37) Leo Sher: Low testosterone levels may be associated with suicidal behavior in older men while high testosterone levels may be

- related to suicidal behavior in adolescents and young adults: a hypothesis. *Int J Adolesc Med Health* 25: 263-268, 2013.
- 38) Sher L: High and low testosterone levels may be associated with suicidal behavior in young and older men, respectively. *Aust N Z J Psychiatry* 47: 492-3, 2013.
- 39) Leo Sher, Michael F. Grunebaum, et al: Association of testosterone levels and future suicide attempts in females with bipolar disorder. *J Affect Disord* 166: 98-102, 2014.
- 40) Timothy R. Rice and Leo Sher: Adolescent suicide and testosterone Postnatal testosterone may be an important mediator of the association between prematurity and male neurodevelopmental disorders: A Hypothesis. *Int J Adolesc Med Health* 29: 20150058, 2017.
- 41) Leo Sher: Both high and low testosterone levels may play a role in suicidal behavior in adolescent, young, middle-age, and older men: a hypothesis. *Int J Adolesc Med Health* 30: 20160032, 2018.
- 42) Swerdloff RS, Wang C: The testis and male sexual function. In: Goldman L, Schafer AI, editors. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2011.
- 43) Chopra IJ: Gonadal steroids and gonadotropins in hyperthyroidism. *Med Clin North Am* 59: 1109-21, 1975.
- 44) Marx SJ: Hyperplasia in glands with hormone excess. *Endocr Relat Cancer* 23: R1-14, 2016.
- 45) Allan CA, McLachlan RI: Androgen deficiency disorders. In: Jameson JL, De Groot LJ, editors. *Endocrinology: adult and pediatric*. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier: 2394-420, 2016.
- 46) Hugh J: *Testosterone deficiency in men*. Oxford: Oxford University Press: 178, 2008.
- 47) Johnson JM, Nachtigall LB, Stern TA: The effect of testosterone levels on mood in men: a review. *Psychosomatics* 54: 509-14, 2013.
- 48) Maris RW: Suicide. *Lancet* 360: 319-26, 2002.
- 49) Pandey GN: Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord* 15: 524-41, 2013.

原 著

依存症専門外来でセクシュア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

神奈川県立精神医療センター依存症診療科

西村 康平, 小林 桜児

板橋 登子, 黒澤 文貴

Preliminary study of substance use disorder patients who have come out as sexual minorities

Kanagawa Psychiatric Center

NISHIMURA Kohei, KOBAYASHI Ohji

ITABASHI Toko, KUROSAWA Fumitaka

抄 録

セクシュアルマイノリティである物質使用障害患者は、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、セクシュア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る。そのため神奈川県立精神医療センター依存症専門外来におけるセクシュアルマイノリティ患者の臨床的特徴について、予備的調査を実施した。Gay患者は29名で最も多く、主な依存物質は覚醒剤が22名、シンナーが1名、危険ドラッグが2名、2剤以上の依存物質がある多剤が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、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、HeterosexualのTrans女性が1名で依存物質は多剤、Trans non-binaryが2名で主な依存物質は生物学的には女性として出生した1名はアルコール、生物学的には男性として出生した1名は多剤、Questioningが2名で主な依存物質は2名とも多剤であった。

Abstract

Sexual minority patients with substance use disorders may have psychological pain that entails from their sexual orientation, in addition to the pain related with substance abuse. We conducted a preliminary survey of the clinical features of sexual minority patients in Kanagawa Psychiatric Center Addiction Treatment Unit. There were 29 Gay patients whose main substance

of abuse was methamphetamine (22), organic solvent (1), synthetic drugs (2), or polydrugs (4). There was one Lesbian patient whose main substance of abuse was alcohol. Bisexual patients consisted of 2 males and 2 females, whose main substance of abuse was methamphetamine for males, 1 psychotropic drug and 1 polydrugs for females. Regarding Transgender, there is one Bisexual Trans woman and one Heterosexual Trans woman patients, both of whom abused polydrugs. There were also two Trans non-binary, one of whom was female born and abused alcohol, one other biologically male abused polydrugs. Two Questionings abused polydrugs.

Keywords: Sexual minority; Substance use; HIV infection

緒 言

近年、物質使用障害とセクシュアルマイノリティについては、それぞれ社会的な問題を中心に世界各国で重要なテーマとなっている。両者が関係する場面は、医療、司法、母子保健、教育と多岐にわたるであろう。物質使用障害とセクシュアルマイノリティのいずれに関しても社会的認知は未だ不十分なため、支援に当たる者が困難を感じる場面は少なくない。本研究では、一人でも多くの支援者がセクシュアルマイノリティを持つ物質使用障害者に対して理解を深め、適切な支援が可能となるよう、依存症専門外来に通院している患者の臨床的特徴について予備的調査を実施したので、ここに報告する。

・名称について

本研究の前提として、異性愛者はHeterosexual (ヘテロセクシュアル)、女性同性愛者はLesbian (レズビアン)、男性同性愛者はGay (ゲイ)、両性愛者はBisexual (バイセクシュアル)、出生時の生物学的性別と性自認が一致している者はCisgender (シスジェンダー)、出生時の生物学的性別と性自認が異なっている者はTransgender (トランスジェンダー)、自

身の性自認や性的指向が不明である者はQuestioning (クエスチョニング)、自身の性自認について「男性」や「女性」といった性別にあてはめない者をNon-binary (ノンバイナリー) とする。もちろん、性は多様性があるため、上記の性に限らず多数の性の名称が存在している。Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioningの頭文字をとってLGBTQと呼ばれることが多く、本研究でも用いる。また、生物学的に男性であるがTransgenderで性自認が女性である場合、「Trans女性」と呼ぶこととする。

・物質使用障害について

物質使用障害において乱用対象となる物質のうち、特にわが国でよく認めるものとしては、アルコール、覚醒剤、大麻、向精神薬、鎮痛薬、市販薬(鎮咳薬、抗ヒスタミン剤、総合感冒薬など)、コカイン、LSD、MDMA、ヘロインなどが挙げられる。物質使用障害患者は幼少期に虐待やネグレクト、いじめや親の自殺や親との別離など、さまざまな逆境体験を含めた「生きづらさ」を抱えていることが多く、その経験から派生した他者不信と心理的孤立が存在する¹⁾。そし

てKhanzianは、物質使用障害患者は対人関係で生じる苦痛を物質により孤独に対処しようとしている、と主張し、自己治療仮説を提唱している²⁾。またFloresは、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で生育したことで、他者との健全な愛着を育む能力が欠如し、それに対して本人なりに見出した解決策がアディクションであると、Bowlbyの愛着理論の観点から論じている³⁾。物質使用障害患者は、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表現することが非常に困難であることが多い。

・セクシュアルマイノリティについて

セクシュアルマイノリティも家族や仲間から排斥され、孤立していると報告されている⁴⁾。実際、2015年の米国Transgender調査において、差別や暴力の経験が調査され、回答者の77%が幼稚園から高校までに学校内で、心理的または身体的ないじめを経験し、50%は子ども時代または成人期に家族から拒絶を経験したことがあると報告されている⁵⁾。また、多くの10代のセクシュアルマイノリティらは、社会的スティグマ、差別への恐怖により、健康的なLesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioningというアイデンティティの確立が困難であるため、成人に比べてハラスメントなどのストレスから自身を守る対処スキルに乏しい^{6,7)}。わが国でも、セクシュアルマイノリティの心理面に関する報告が存在しており、梅宮⁸⁾は性に対する消極的な価値観がセクシュアルマイノリティの立場を劣位へと追い込んでいると論じている。小宮⁹⁾はセクシュアルマイノリティへ

の差別的対応が、「無知、揶揄、茶化し、笑い、冷やかし、文章表現のちょっとした遊び」となって表れる傾向があり、同性愛者への差別が場の空気・雰囲気でも疎外し、排撃する傾向があると報告している。また、日高^{10,11)}によれば、セクシュアルマイノリティが差別、偏見、社会的な不利益を避けるため、異性愛者として振る舞うことが多いという。それによって直接的な差別は回避できるが、そこには異性愛者の役割葛藤が生まれ、異性愛者を装うことにストレスを強く感じている者ほど、抑うつ傾向、特性不安、孤独感が高く、自尊心が低かったと報告されている。このように、物質使用障害は幼少期からの逆境体験が存在することが多いが、セクシュアルマイノリティについても、特に性に関連するいじめや差別が存在しており、両者ともに心理的に孤立し、他者不信に至る体験をしている可能性が高いことが示唆される。

・二重のスティグマ

セクシュアルマイノリティと物質使用障害の関連については、既に1982年にColcherが、セクシュアルマイノリティかつ物質使用障害となると社会的に2つのスティグマが存在することを指摘している¹²⁾。

2003年には、Meyerがスティグマや偏見、差別により、Lesbian, Gay, Bisexual、そしてTransgenderにとって生きにくい社会環境が構成され、個人を越えた社会構造に由来するマイノリティストレスに慢性的に曝されることで精神保健上の問題を引き起こす、というマイノリティストレス理論を提唱している¹³⁾。

物質使用障害についても、セルフスティグ

マモデルの観点から、アディクションに至っている彼ら自身が抱くセルフスティグマの存在が指摘されている。周囲からの差別や偏見というパブリックスティグマにより、彼ら自身もセルフスティグマを抱えるようになり、結果的に依存的行動に至るという¹⁴⁾。このセルフスティグマは、周囲の支援者から共感されていくことで再統合が起り、受容と自尊心が獲得され、回復していく。だからこそ、依存症者たちの反社会的な側面に焦点をあて、辱め、差別し、司法が主となって刑罰による介入を行うような旧来のMoral Modelでは、患者の社会的スティグマが増強する。したがって、現代のBiopsychosocial Modelではアディクションを疾患としてとらえ、治療や再発予防の支援が必要であるとされている¹⁴⁾。

しかし、わが国では芸能人や著名人の覚醒剤や大麻関連の逮捕のニュースを見ているだけでも、未だにMoral Modelが根付いた社会であり、芸能人や著名人が逮捕され、メディアに取り上げられるほど、依存症者たちに対する社会的スティグマが生み出されていると言わざるを得ない。

セクシュアルマイノリティかつ物質使用障害であることは、二重のスティグマが存在し、彼らが生きづらく回復が困難であることは容易に予測される。少なくとも支援者は、彼らの支援の際に二重のスティグマを理解すべきであろう。

・セクシュアルマイノリティと依存物質

1996年にBuxの報告では、LesbianやGayは、Heterosexualよりもアルコールを控えることが少なく、LesbianにおいてはHeterosexual

に比して大量飲酒、アルコール関連問題のリスクが高い¹⁵⁾。その他、Heterosexualよりもセクシュアルマイノリティにおいて物質使用障害が併存しやすいことについては海外で多数報告されており^{16,17)}、青年期のLGBの物質使用はHeterosexualに比べて1.9倍多いという¹⁸⁾。2015年のアメリカの調査では、LGBQの青年の生涯での薬物使用のオッズ比は、Heterosexualに比して1.12倍、過去30日間の薬物使用は1.27倍であった。さらにアルコール、タバコ、葉巻、コカイン、大麻、エクスタシー、電子蒸気による吸入、幻覚剤、医師によって処方されていない処方薬、覚醒剤、ヘロインなど、各物質の使用リスクも有意に高かったという¹⁹⁾。同性愛経験のある者174名の横断的インタビュー調査では、男性は大麻、コカイン、ヘロインの使用の報告が多く、女性は大麻と鎮痛薬の使用の報告が多かった。さらに男性と女性ともに大麻に対する依存の診断基準を満たす可能性が高く、同性愛経験のある男女の唯一の相違点は、男性の場合、毎日薬物を使用することであった²⁰⁾。メキシコの成人LGBTに関しては、合法の乱用物質としてはアルコールやタバコが多く、違法薬物は大麻が多かったと報告されている²¹⁾。

・LGB (Lesbian, Gay, Bisexual) における物質使用障害

GreenらによるLGBと物質使用の観点からのレビューでは、Lesbian/Bisexual女性は、Heterosexual女性よりもアルコール使用障害の診断基準を満たし、アルコール関連問題を呈したり、飲酒の治療を受けたりする可能性が高いという。男性に関する調査結果

は不均一で、Gay男性はHeterosexual男性よりもアルコールや違法薬物を使用する可能性が高いと報告している研究もあれば、GayとHeterosexual男性は差がないと報告している研究も認める。また、Lesbian/Bisexual女性ではアルコール使用がより優勢であり、Gay/Bisexual男性では薬物の使用がより優勢であると言われている²²⁾。

LGBコミュニティは歴史的に、飲酒や麻薬の使用を伴う活動であるバーやパーティに赴く頻度が高い。このように、バーに行く習慣自体が物質使用の引き金を回避することを妨げている可能性がある²²⁾。

Bisexualに関しては、HeterosexualやLesbian, Gayに比してアルコールと薬物の使用を報告する可能性が高いと報告されている^{23,24)}。

また、Gay/Bisexual男性においては、主に他の男性と性行為をする男性、すなわちMSM (men who have sex with men) についての研究報告が存在している。「ケムセックス (chemsex)」として近年は、ガンマヒドロキシ酪酸、メフェドロン、勃起不全薬(シルデナフィル、タダラフィル、バルデナフィル)、覚醒剤、亜硝酸アルキル(ラッシュとして知られる)を用いた性行為がおこなわれることが多い²⁵⁾。そして、覚醒剤の成分であるメタンフェタミンはMSMの中でも広く使用されており、その乱用者はHIVやその他の性感染症に罹患するリスクが高くなる^{26,27)}。さらに、MSMは幼少期の性的虐待歴が多く、性的虐待歴のあるMSMはHIV陽性である可能性も高いという²⁸⁾。Lopez-Pattonらは、MSMの薬物乱用やHIV感染について、幼少期の虐待歴がもたらす心理的影響の重要性を説いており、HIV感染症の有無に関係なく、覚醒剤使

用者では有意に抑うつ症状を認め、非使用者に比べて心理的、身体的、性的虐待歴が多く、心理的、身体的ネグレクトも認めた²⁹⁾。

・Transgenderにおける物質使用障害

Connollyらによる2020年のTransgenderと物質使用に関するシステマティックレビューでは、Trans女性には薬物使用と関連する問題のリスクが最も高く、Transgenderと薬物使用の相関関係はMeyerのマイノリティストレス理論を支持するものである、と論じている。また、Transgenderが経験するトラウマの有病率が高いことから、トラウマに基づいた心理社会的介入がTransgenderの物質乱用には有用であるという³⁰⁾。2022年のメタ解析では、TransgenderはCisgenderに比してタバコとアルコールを除く薬物使用が多かったが、アルコールには有意な差は認めなかった³¹⁾。Transgender関連の差別と物質使用の関連を調査した報告では、ハイレベルのTransgender関連の差別と物質使用との間に有意な正の相関を認めた³¹⁾。

神奈川県立精神医療センター(以下当院)の依存症専門外来患者の中にも、セクシュアルマイノリティである患者は存在する。彼らは、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、セクシュア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。わが国でも、セクシュアルマイノリティと物質使用障害それぞれ単独での調査報告は存在するが、依存症医療機関におけるセクシュアルマイノリティの調査報告例は皆無といってよい。その

ため、本研究では当院依存症専門外来におけるセクシュアルマイノリティ患者の臨床的特徴を明らかにすることを目的に、予備的調査を行ったので、ここに報告する。

対象と方法

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、20歳以上で、診断名が物質使用障害であり、診療場においてセクシュアルマイノリティであると自らカミングアウトしたと記載のある40名を対象とした。生物学的に男性である者が36名、女性である者が4名であった。40名の平均年齢は 37.87 ± 8.47 (平均年齢 \pm 標準偏差) 歳であった。診療録をもとに、後方視的に対象者の性自認や性的指向、初診時プロフィール (教育年数、最終学歴、職の有無、経済基盤、同居家族の有無)、主たる依存物質、HIV感染症の有無を調査した。

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。

結 果

40名の教育年数平均は 14.3 ± 2.24 (平均値 \pm 標準偏差) 年であった。

初診時における最終学歴は、高校中退5名 (Gayが1名、Bisexualが2名、Trans女性が1名、Trans non-binaryが1名)、高校卒業5名 (Gayが5名)、専門学校中退3名 (Gayが2名、Trans女性が1名)、専門学校卒業4名 (Gayが3名、Bisexualが1名)、短大卒業1名でGay、大学中退1名でQuestioning、大学在

学中2名 (Gayが1名、Questioningが1名)、大学卒業16名 (Gayが14名、Bisexual男性が1名、Trans non-binaryが1名)、大学院中退1名でGay、大学院卒業2名 (Lesbianが1名、Gayが1名) であった。初診時における職の有無は、無職が30名、有職が8名 (Lesbianが1名、Gayが7名)、休職中が2名であった。初診時における経済基盤は就労や、不動産収入、退職金や年金など経済的に自立している者は13名 (Lesbianが1名、Gayが9名、Bisexualが1名、Trans non-binaryが1名、Questioningが1名)、家族などによる援助がある者は19名 (Gayが15名、Bisexualが2名、Trans non-binaryが1名、Questioningが1名)、生活保護受給者が8名 (Gayが5名、Bisexualが1名、Trans女性が2名) であった。初診時の同居家族の有無について、独居が10名 (Gayが7名、Bisexualが1名、Trans女性が2名)、家族同居が28名 (Lesbianが1名、Gayが20名、Bisexualが3名、Trans non-binaryが2名、Questioningが2名)、施設入所中はGayが2名であった。

Cisgenderについては、Gay患者は29名で最も多く、平均年齢は 39.03 ± 7.46 (平均年齢 \pm 標準偏差) 歳であった。主な依存物質は覚醒剤が22名、シンナーが1名、危険ドラッグが2名、2剤以上の依存物質がある多剤が4名 (アルコールと市販薬、アルコールと覚醒剤、アルコールと向精神薬、アルコールと覚醒剤) であった。Lesbian患者は1名で34歳、主な依存物質はアルコールであった。CisgenderのBisexual患者は男性2名 (44歳と49歳) で女性2名 (21歳と28歳) 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47歳、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29歳、依存物質は多剤(向精神薬、大麻)、Trans non-binaryが2名(36歳と47歳)で主な依存物質は生物学的には女性として出生した1名はアルコール、生物学的には男性として出生した1名は多剤(アルコール、大麻)、Questioningが2名(22歳と26歳)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(表1)。

表1 性自認と性的指向に対する
主な依存物質の種類と人数

	Cisgender (人)			Transgender (人)	Q (人)
	G	L	B		
アルコール	0	1	0	1	0
覚せい剤	22	0	2	0	0
向精神薬	0	0	1	0	0
市販薬	0	0	0	0	0
大麻	0	0	0	0	0
シンナー	1	0	0	0	0
危険ドラッグ	2	0	0	0	0
多剤	4	0	1	3	2

G=Gay, L=Lesbian, B=Bisexual, Q=Questioning

また、HIV感染症の有無については、HIV陽性であった者はCisgenderのGay患者19名と、Bisexual患者1名であった(表2)。

表2 性自認と性的指向に対する HIV 感染症の有無

	Cisgender (人)			Transgender (人)	Q (人)
	G	L	B		
HIV 陽性	19	0	1	0	0
HIV 陰性	10	1	3	4	2

G=Gay, L=Lesbian, B=Bisexual, Q=Questioning

考 察

本研究の結果からは、GayやBisexualの男性物質使用障害患者が全体の78%を占め、中

でも覚醒剤依存症者や覚醒剤を含む多剤依存症者が男性マイノリティ患者の84%と多く、GayやBisexualの男性物質使用障害患者の65%がHIV陽性者であった。

GayやBisexual男性に覚醒剤の主成分であるメタンフェタミンの使用が多い理由として、彼らのセックスを基盤とした社会性と、覚醒剤とセックスを社会資源として利用し、アイデンティティを確立し、関係を構築してゲイ・コミュニティに参加していることをBryantらは報告している³²⁾。物質使用障害患者もセクシュアルマイノリティも孤立感が強いことから、GayやBisexual男性はセックスと覚醒剤を資源として利用し、ゲイ・コミュニティに参加することで、孤立に対処していることが考えられる。

HIV感染症に関して、アメリカ疾病予防管理センター(CDC)によれば、2018年のアメリカではGayおよびBisexual男性は、HIVの新規診断全体の69%を、HIV陽性男性の86%を占めていた。HIVに感染したほとんどのGayやBisexual男性は、コンドームを使用したり、HIVを予防または治療するための服薬をせずに、肛門性交からHIVに感染する。さらに、HIV新規診断の7%は注射による薬物使用が起因しており、さらに3%は男性間の性的接触および注射による薬物使用に起因していた³³⁾。性行為だけではなく注射針を介してHIV感染症に罹患する可能性も高いため、GayやBisexual男性を支援する場合、覚醒剤乱用やHIV感染症についても聴取することが望ましい。彼らが覚醒剤乱用やHIV感染症、あるいはセクシュアルマイノリティについて支援者に素直に言えて、言えたことを肯定的に受けとめる支援者がいれば、セルフス

ティグマへの良い変化をもたらす可能性がある。

本研究において、TransgenderやQuestioningでは6名中5名が多剤依存症であった。主な依存物質の種類が増えれば増えるほど、自殺が疑われる異状死のリスクが増加するという報告からも³⁴⁾、TransgenderやQuestioningでは心理的にも重症であると考えられる。物質使用障害は自助グループという資源を利用しながら回復に向かうことが多く、薬物依存症者のための自助グループであるNA (Narcotics Anonymous: ナルコティクスアニマス) は全国に存在している。NAの中には、セクシュアルマイノリティだけを対象とするグループも存在しており、そこに参加している本研究対象者のGayの男性らは、「周りにGayがいるからこそ話せる。セクシュアルマイノリティのNAだとGayのことも話せる」と言う。

一方で、TransgenderやQuestioningの対象者では、自助グループに継続的に参加していたことがあるのはTransgenderが4名中2名、Questioningは2名中1名であった。自助グループに参加している彼らの中には、「参加している仲間が同じセクシャリティではないから、仲間は分かってくれないだろう。同じセクシャリティの人が良いのになと思う」と話す対象者もいる。そのため、CisgenderのLGBに比して、Transgenderでは周囲に回復のロールモデルとなり得る存在が極めて少ないことが予測される。一口にTransgenderと言っても、性的指向も異なれば、性自認も多種多様である。加えて、物質使用障害が併存しているとなれば、その主な依存物質もアルコール、覚醒剤、大麻、向精

神薬、市販薬など多種多様である。物質使用障害の回復という観点から見ると、LGBであることだけでも回復のロールモデルが少ないのに、TransgenderやQuestioningにおいては、全く同様の性自認かつ性的指向かつ主たる依存物質という回復のロールモデルになり得る他者は、極めて少ないことが予測される。そのため回復の過程でも孤立しやすく、否定的なアイデンティティとなるリスクが高いことが考えられる。

したがって、セクシュアルマイノリティ患者を支援する場合、LGBTQ、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。「生きづらさ」の内容としては、特に彼らの性についての周囲からの差別や拒絶、スティグマ、異性愛者的役割葛藤が挙げられる。実際に当院の初診時、Gayの患者に異性愛者的役割葛藤について具体例をあげて尋ねてみると、学生時代から現在まで当然のごとく対人関係において異性愛者として振る舞うことを無意識におこなっていることに気づく患者が多い。本研究では聴取していないGay患者も存在しているため、今回研究結果として反映はしていないが、自験例のGay患者に関しては聴取した限り、全員が対人関係において異性愛者として振る舞うことを学生時代から既におこなっている。さらに、あまりにも当然のごとくおこなってきているため、初診時に初診担当医から尋ねられて初めて気づくことも珍しくないのだ。つまり、異性愛者的役割葛藤の葛藤自体にも気づけていないGay患者も存在するので

ある。そして、彼らは気づけずにこの苦痛を抑圧し続けている。

本研究は予備的研究ではあるが、わが国においても性自認や性的指向による「生きづらさ」や「主な依存物質」の傾向などをさらに調査していくことが、彼らへの支援をする上で重要であることが示唆された。

結 論

セクシュアルマイノリティである物質使用障害患者は、表面的には気づかれにくい「生きづらさ」を抱えている可能性が高い。したがって、支援者は彼らがどのような「生きづらさ」を抱えているかを理解し、念頭におきながら支援を続けることが重要である。

謝 辞

本研究に関わってくださった先生方、患者様、セクシュアルマイノリティの皆さまに感謝致します。

文 献

- 1) 小林桜児: 人を信じられない病—信頼障害としてのアディクション。日本評論社, p.33-65, 75, 2016.
- 2) Khantzian, E. J., Albee, M. J. Understanding Addiction as Self Medication. Finding Hope Behind the Pain. Rowman & Littlefield, New York 2008 (松本俊彦訳: 人はなぜ依存症になるのか—自己治療としてのアディクション—。星和書店, 東京, 2013)
- 3) Philip J. Flores (小林桜児, 板橋登子, 西村康平訳): 愛着障害としてのアディクション。日本評論社, P. 57, 2019
- 4) Beatty, R. L., Geckle, M. O., Huggins, J., et al: Gay men, lesbians, and bisexuals. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), Addictions: A comprehensive guidebook, pp. 542-551. Oxford University Press.
- 5) James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., et al: The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for TRANSGENDER EQUALITY, pp.11, 65, 2016
- 6) Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A.: Developmental issues in the study of coping. International Journal of Behavioral Development, 22(2), 287-313, 1998
- 7) Compas BE, Conner-Smith JK, Saltzman H., et al: Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Psychological Bulletin 127: 87-127, 2001
- 8) 梅宮新偉: セクシュアル・マイノリティの人権と教育. 研究報告 / メディア教育開発センター, 33, 57-75, 2002. 3
- 9) 小宮明彦: 同性愛嫌悪をめぐる日英 (教育) 文化比較—明示的差別の国イギリスと黙示的差別の国日本—, 教育学研究室紀要: 「教育とジェンダー」研究 (12.0), 30-41, 2015. 5
- 10) 日高庸晴: ゲイ・バイセクシュアル男性の異性愛者の役割葛藤と精神的健康に関する研究, 思春期学, 18(3), 264-272, 2000.
- 11) 日高庸晴: 社会調査から見た性的指向と健康問題 (特集「ジェンダー」再考) 性的指向と健康問題の調査における定量的社会調査の役割, 女性学評論 (21), 49-66, 2007

- 12) Colcher RW: Counseling the homosexual alcoholic. *Journal of homosexuality* 7(4): 43–52, 1982.
- 13) Meyer, I. H.: Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin* 129(5): 674–697, 2003
- 14) Jonathan D. Avery & Joseph J. Avery. *The Stigma of Addiction: An Essential Guide*. Springer; 1st ed. 2019.
- 15) Donald A. Bux Jr: The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review. *Clinical Psychology Review* 16(4): 277–298, 1996.
- 16) Cochran SD. :Emerging issues in research on lesbians' and gay men' s mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist* 56(11): 931–47, 2001.
- 17) Theo G. M. Sandfort, Ron de Graaf, Rob V. Bijl ,et al.: Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) . *Archives of General Psychiatry* 58(1): 85–91, 2001.
- 18) Michael P Marshal, Mark S Friedman, Ron Stall, et al: Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction* 103(4): 546–56, 2008.
- 19) Theodore L Caputi, Laramie R Smith, Steffanie A Strathdee, et al: Substance Use Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Questioning Adolescents in the United States, 2015. *American journal of public health* 108(8): 1031–34, 2018.
- 20) Susan D Cochran, Deborah Ackerman, Vickie M Mays, et al.:Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction* 99(8): 989–98, 2004.
- 21) Cosima Hoetger, Annie E Rabinovitch, Richard S Henry, et al.: Characterizing substance use in a sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults in Mexico. *Journal of addictive diseases* 39(1): 96–104, 2021.
- 22) Kelly E Green, Brian A Feinstein.: Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 26(2): 265–278, 2012.
- 23) Perry N Halkitis, Joseph J Palamar.: Multivariate modeling of club drug use initiation among gay and bisexual men. *Substance Use & Misuse* 43(7): 871–879, 2008.
- 24) Sharon C Wilsnack, Tonda L Hughes, Timothy P Johnson, et al.: Drinking and drinking-related problems among heterosexual and sexual minority women. *Journal of studies on alcohol and drugs* 69(1): 129–39, 2008.
- 25) Raffaele Giorgetti, Adriano Tagliabracci, Fabrizio Schifano, et al.: When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex”. *Current Neuropharmacology*

- 15(5): 762-770, 2017.
- 26) Antonio Urbina, Kristina Jones.: Crystal methamphetamine, its analogues, and HIV infection: medical and psychiatric aspects of a new epidemic. *Clinical infectious diseases* 38(6): 890-894, 2004.
- 27) P N Halkitis, J T Parsons, M J Stirratt: A double epidemic: crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *Journal of Homosexuality* 41(2): 17-35, 2001.
- 28) Shane Lloyd, Don Operario: HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. *AIDS education and prevention* 24(3): 228-41, 2012.
- 29) Maria Lopez-Patton, Mahendra Kumar, Deborah Jones, et al.: Childhood trauma and METH abuse among men who have sex with men: Implications for intervention. *Journal of psychiatric research* 72: 1-5, 2016.
- 30) Dean Connolly, Gail Gilchrist.: Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors* 111, 2020.
- 31) Miriam Cotanina, Marc Peraire, Mireia Boscá, et al: Substance Use in the Transgender Population: A Meta-Analysis. *Brain sciences* 12(3): 366, 2022.
- 32) Joanne Bryant, Max Hopwood, Gary W Dowsett, et al: The rush to risk when interrogating the relationship between methamphetamine use and sexual practice among gay and bisexual men. *The International journal on drug policy* 55: 242-248, 2018.
- 33) Centers for Disease Control and Prevention. (CDC) U.S. Department of Health & Human Services. USA.gov. <https://hivrisk.cdc.gov/what-is-hiv/> (2022年4月13日検索)
- 34) Bradvik, L., Berglund, M., Frank, A., et al: Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death: A combined medico-legal and case-record study. *BMC Psychiatry* 9(48), 2009.

臨床報告

当院における Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群に 対する造膣術の周術期および術後経過の検討

東北大学病院周産母子センター

志賀 尚美

Investigations of the perioperative and postoperative course of vaginoplasty for Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome at Tohoku University Hospital

Tohoku University Hospital

SHIGA Naomi

抄 録

【緒言】 Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群の膣欠損に対して、性交渉を可能にする目的で非観血的もしくは手術療法の造膣が提案される。当院では2011年より造膣術式として Vecchietti 法を第一選択としている。Vecchietti 法による造膣の周術期、術後経過について後方視的に検討した。

【方法】 当院で Vecchietti 法を実施した症例の周術期情報、術後新生膣所見、性交状況について検討した。

【結果】 対象は4例で、術前膣長中央値は1cm、術後は8.5cmと延長していた。特記すべき合併症なく、パートナーがいる3例は術後の性交渉を問題なく実施できた。

【考察】 Vecchietti 法は造膣術式として安全かつ新生膣の質も良好である。今後、性機能についても評価していく。

Abstract

【Introduction】 Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome is a disorder caused by a defect in the development of Müllerian ducts. Vaginoplasty, either non-invasive or surgical, is proposed for vaginal defects in order to allow sexual intercourse. We retrospectively reviewed the perioperative and postoperative course of vaginoplasty by Vecchietti's method.

【Methods】 Perioperative information, postoperative neovaginal findings, and sexual intercourse status of patients undergoing Vecchietti's vaginoplasty at our hospital were reviewed.

【Results】 Four patients were included in the study. The median preoperative vaginal length was 1 cm, and the median postoperative length was 8.5 cm. Three patients with partners were able to

have postoperative sexual intercourse without problems.

【Conclusion】 The Vecchietti's method is safe as a vaginoplasty technique, and the quality of the new vagina is satisfactory. In the future, we would like to evaluate sexual function.

Keywords: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser(MRKH) 症候群, 造膣術, Vecchietti 法

緒 言

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) 症候群は ミュラー管の発育障害によって膣が欠損する疾患である。MRKH症候群に対する造膣は性交渉を可能にして人生の質向上を目的とするため、患者が造膣を希望する場合に実施する。

造膣法は、非観血的に膣前庭粘膜をダイレーターで圧伸する Frank 法と、手術療法がある。造膣の目標は、性交渉にあたって適切な長さ、太さ、方向性、潤滑が保持され、維持管理が楽なことである。Frank 法は患者がダイレーターで膣前庭粘膜を圧伸する方法であり、2002年米国産婦人科学会にて第一選択として推奨されている¹⁾。Frank 法のみで目標に到達することが難しい場合に手術療法が検討される。

手術療法の一法である Vecchietti 法は腹腔鏡下で施行する Vecchietti 変法が欧州を中心に広く普及している²⁾。本邦では2011年に当院で初めて導入したが、高価で特殊な機器を必要とするため普及していないのが現状である。腹腔鏡下 Vecchietti 変法は手術侵襲が低いこと、Frank 法と同様、膣前提粘膜を圧伸させるので新生膣粘膜は扁平上皮細胞で構成され、神経支配も膣と同様なので生理的な新生膣が形成されることが利点である。

当院で実施した腹腔鏡下 Vecchietti 変法に

よる造膣の周術期、術後経過について後方視的に検討し、報告する。

方 法

2011年より現在までに当院でMRKH症候群と診断し、腹腔鏡下 Vecchietti 変法を実施した症例の術前の Frank 法実施期間、周術期情報(手術時間、出血量、術前後の膣長)、術後観察期間および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(東北大学医学系研究科倫理委員会承認番号2016-1-502)。

腹腔鏡下 Vecchietti 変法は膣前提粘膜にダミープラグ(図1A)を設置し、ダミープラグに接続した糸が膀胱直腸間組織、Douglas 窩、腹膜下を経て臍下の腹壁にでて Vecchietti デバイス(図1B))に固定され、糸にテンションをかけることによってダミープラグの持

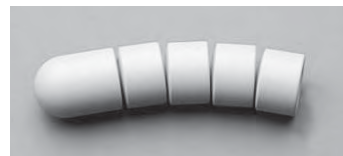


図1A ダミープラグ



図1B Vecchietti デバイス

表1 当院における Vecchietti 手術 症例一覧

症例	術前 Frank法 実施期間(日)	手術時 年齢	手術時間 (分)	出血量 (g)	腔長 (cm)		術後 観察期間 (日)	合併症	性交渉
					術前	術後			
1	170	24	131	0	1	8	185	なし	性交渉問題なく実施、 性交痛なし
2	417	20	125	0	1.5	5	1374	術後腔長短縮(3.5cm)で 再手術(再手術後8cm)	再手術後、性交渉問題なく実施、 性交痛なし
3	1192	21	82	0	1	9	1390	新生腔頂部に肉芽、 出血ありサージトロンで焼灼	術後結婚、性交渉問題なく実施、 性交痛なし
4	418	21	113	0	1	9	553	新生腔頂部に肉芽、出血なし	術後パートナーあり、 性交渉について確認未
中央値	417.5 (170-1192)	21 (20-24)	119 (82-131)	0	1 (1-1.5)	8.5 (5-9)	963.5 (185-1390)		

続圧迫を保持し新生腔が形成される。

結 果

結果を表1に示す。対象症例は4例で、全例術前にFrank法を実施しており、実施期間中央値は417.5日(170-1192)である。4例ともFrank法のみで十分な腔長を得られず手術療法の希望があった。手術時年齢中央値は21(20-24)歳、手術時間は119(82-131)分、出血量は0gであった。腔長は術前1(1-1.5)cm、術後は8.5(5-9)cmと延長していた。術後観察期間の中央値は963.5日(185-1390)である。症例2は、痕跡子宮は残したまま腹腔鏡下Vecchietti変法を実施した。術後に腔長は一旦5cmまで延長されたが、その後3.5cmまで短縮し性交渉に支障をきたしたため、腹膜を利用する造腔術であるDavydov変法にて再造腔を実施した。再手術後は8cmまで造腔され、その後短縮は認めていない。症例3、4は新生腔頂部に肉芽を認めたが、それ以外の特記すべき合併症はなかった。症例1,2,3は、現在性交渉は問題なく実施できている。症例4は術後にパートナーができたが、性交渉については確認できていない。

考 察

正常腔長は7-13cm(平均 9.25 ± 1.56 cm)との報告³⁾があり、我々は造腔法の解剖学的成功を腔長7cm以上、機能的な成功を性交渉と考えている。

Frank法、Davydov法とVecchietti法について解剖学的成功および機能的成功(性的満足度)の視点から比較検討した報告⁴⁾によると新生腔長の解剖学的成功は、明らかにFrank法が手術療法に比較して低い。その理由として、手技の不快感、疲労感、性器損傷の不安からコンプライアンスは低下しがちであり、治療期間が長いのでモチベーションを維持するのが難しいことがあげられる。当院の症例も全例Frank法を実施したが、疼痛、不快等の訴えあり、実際に417.5日(中央値)のFrank法単独で十分な腔長を得られなかった。一方、機能的成功について、Frank法は性行為に対する満足度のほか、性行為以外の性に対する満足、腔を得たことに対する満足感を含めると手術療法とほぼ同等とされる⁴⁾。一方、新生腔長が十分でないFrank法は、手術療法に比較して性的満足度が低いという報告もあり、性的満足度についてはまだ議論

の余地がある。

MRKH症候群の造膣後の性的満足度の評価ツールとして女性性機能評価尺度, the Female Sexual Function Index(FSFI) が最も多く使用され報告されている。一方で標準的な女性性機能評価尺度が膣欠損症のような特殊な病態の評価に適当ではなく, 膣欠損症における性の健康状況を個々の症例に応じて評価する新たな評価尺度の必要性も指摘されている⁴⁾。いずれ, 当院ではMRKH症候群の術後性機能評価を客観的な評価尺度を利用して評価していなかった。今後はFSFIを使用して評価する予定である。

また, MRKH症候群の治療は, 現在, 本邦では膣欠損に対して性交渉目的の造膣のみである。しかし, 今後は子宮欠損による子宮性不妊症として子宮移植が選択肢になる可能性がある。子宮移植の場合, 移植前の造膣法は膣壁に膣前庭粘膜を利用するFrank法やVecchietti法が有利とする報告⁵⁾がある。そのような観点からも今後本邦で腹腔鏡下Vecchietti変法が造膣の手術療法として普及することが期待される。

結 論

当院でMRKH症候群に対して実施した腹腔鏡下Vecchietti変法は解剖学的, 機能的に良好な新生膣の造膣に有効であることを報告した。今後, 本邦において腹腔鏡下

Vecchietti変法が普及することを期待する。

文 献

- 1) Committee Opinion No.562 Mullerian Agenesis Diagnosis, Management, and Treatment. Obstetrics and Gynecology. 2013; 121(5): 1134-7.
- 2) Brucker SY, Gegusch M, Zubke W, Rall K, Gauwerky JF, Wallwiener D. Neovagina creation in vaginal agenesis: development of a new laparoscopic Vecchietti-based procedure and optimized instruments in a prospective comparative interventional study in 101 patients. Fertil Steril. 2008; 90(5): 1940-52.
- 3) Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: "normality" unfolds. BJOG. 2005; 112(5): 643-6.
- 4) Callens N, De Cuypere G, De Sutter P, Monstrey S, Weyers S, Hoebeke P, et al. An update on surgical and non-surgical treatments for vaginal hypoplasia. Hum Reprod Update. 2014; 20(5): 775-801.
- 5) Herlin MK, Petersen MB, Brannstrom M. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. Orphanet J Rare Dis. 2020; 15(1): 214.

第15回 日本性科学会近畿地区研修会 講演抄録

テーマ：性腺摘出後のリスク～性腺の解剖学と機能をふまえて～

日時：2022年3月13日（日）8:50～9:50
GID（性同一性障害）学会 第23回研究大会・総会 共催シンポジウムとして開催

会場：WEB

認定単位：共催シンポジウム参加5単位, GID学会第23回研究大会参加5単位

I 男性は性腺摘出により長生きになる？

今井 伸

聖隷浜松病院リプロダクションセンター

生物学的な男性にとっての性腺は精巣である。医学的適応で精巣を摘出するのは、①精巣がんの治療のため、②外傷・停留精巣・精索（精巣）捻転などによる摘出、③前立腺がんの治療のための去勢術、④性別適合手術（SRS）の4つのケースが考えられる。両側の精巣を摘出するのは③、④のケースである。

両側の精巣を摘出した場合、血清テストステロン値の急激な低下により、ほてり、性欲の低下、勃起機能の低下、倦怠感、認知機能の障害、睡眠の質の低下、女性化乳房および貧血などの副作用を引き起こし、健康関連の生活の質を低下させる可能性がある。さらに、骨粗鬆症、心血管合併症、およびインスリン感受性の低下、糖尿病、コレステロール値の上昇などの代謝障害、うつ病を発症する可能性が高くなると報告されている。

SRSの対象者の多くは、若年者が多く、精

巣を摘出して女性ホルモンを補充することから、前立腺がんの去勢術の場合とは状況が異なる。性腺摘出と女性ホルモン補充による乳腺組織の増大、脂肪の沈着、体毛の減少、勃起機能の低下は望ましい変化であり、骨粗鬆症のリスクも回避できる可能性がある。ただ、狭心症など心血管イベント、肝機能障害、胆石、肝腫瘍、下垂体腫瘍などのリスクが上昇する可能性がある。

SRSの予後に関する報告はまだ少ないが、SRS後のMTFは一般男性集団と比較して死亡率が51%増加したが、主に自殺、違法薬物、エイズ、心血管疾患などの非ホルモン関連の原因によるものであったとの報告がある。

ヒトを含む多くの種では、男性は女性よりも短命であり、これは男性ホルモンの作用による可能性がある。韓国の宦官の寿命を分析した報告では、宦官の平均寿命は 70.0 ± 1.76 年で、同様の社会経済的地位を持つ非去勢男性の寿命よりも14.4～19.1年長く、男性は性腺摘出により長寿になる可能性がある。また、男性のがん罹患数1位である前立腺がんを発症するリスクは、性腺摘出により極めて低くなる。

II 女性に性腺摘出により男性になれるのか？～リスク/ベネフィットを考える～

菅沼 信彦

京都大学名誉教授／名古屋学芸大学看護学部

[卵巣性ホルモンの作用] エストロゲンは卵巣で産生され、思春期以降の子宮の発育や

子宮内膜の増殖に関わり、女性の生殖機構には必須のホルモンである。また乳房発育など、女性の身体的ならびに精神的特徴を規定する。その他にも、神経、皮膚、血管、骨、脳に至るまで幅広い作用があり、女性の身体を維持する上で重要な機能を有する。プロゲステロンやアンドロゲン(男性ホルモン)も卵巣より分泌されるホルモンである。

【更年期障害】 閉経期に至ると卵巣機能は徐々に減弱し、エストロゲンの低下により更年期障害を発症する。代表的な症状としては末梢血管運動障害によるホットフラッシュや手指末端の冷感、肩こり、頭痛、腰痛などが挙げられるが、うつ状態などの精神症状も含め多彩である。また、脂質代謝異常や動脈硬化、さらには骨粗鬆症が誘導される。

【脂質代謝異常・動脈硬化】 エストロゲン低下によるコレステロール上昇により、動脈硬化が誘発される。その結果、心筋梗塞などの冠動脈疾患や脳血管障害による脳梗塞を誘発する危険性が高まる。

【骨粗鬆症】 骨密度(骨量)は、女性ではエストロゲン、男性ではアンドロゲンの作用により思春期より上昇し、17～18歳でピークに達する。その値は男性が女性より20～30%高値で、女性では閉経期以降の急激なエストロゲンの減少により、骨密度も急速に低下する。すなわち骨粗鬆症の発生頻度が上昇し、例えば大腿骨の骨折頻度は女性が男性の4倍以上で、骨折・転倒により要介護となる割合は女性が男性に比して2倍以上である。ピークに至った骨量は、思春期以降のアンドロゲン投与によっても増加しない。

【卵巣欠落症状】 卵巣摘出によりエストロゲンの分泌はただちに停止し、外科的閉経状

態となる。すなわち一気に閉経期に至ることになり、更年期障害が急速かつ強力に起こることになる。これらはホルモン補充療法により改善が可能ではあるが、性成熟期(20～40歳)では十分なエストロゲン投与が必要である。性別違和者のFtMにおいては、卵巣摘出後にアンドロゲン投与が行われるが、その際にはアンドロゲンの副作用にも注意を払う必要がある。

【卵巣摘出後の健康管理】 性ホルモンは多様な働きを有するため、全身的なフォローアップを続けていく必要がある。

【参考資料】

GID(性同一性障害)学会第23回研究大会・総会 プログラム

日時: 2022年3月12日・13日

特別講演 座長 康 純
女になりました武人たち－日本の歴史とジェンダーと－ 井上 章一

手術特別講演1 座長 難波祐三郎
GIDにおける、FtMに対する腹腔鏡下SRS手術の導入とその検討 ト部 論

手術特別講演2 座長 丹羽 幸司
トランス女性に対しての顔面女性化手術の手術計画と手術手技の実際－顔面骨切り術を中心に－ 渡辺 頼勝

法律特別講演 座長 東田 展明
性別移行・性別変更に伴う法的課題の現在地 仲岡しゅん

シンポジウム1

座長 康 純・土肥いつき
生徒交流会を通してトランスジェンダー生徒の思いを受け止める

シンポジウム2

座長 織田 裕行

(第15回日本性科学会近畿地区研修会共催)

性腺摘出後のリスク～性腺の解剖学と機能をふまえて～

男性は性腺摘出により長生きする？

今井 伸

女性は性腺摘出により男性になれるのか？

～リスク／ベネフィットを考える～

菅沼 信彦

シンポジウム3

座長 中塚 幹也

トランスジェンダーと競技スポーツ

～トランス女性選手の東京オリンピック参加を巡っての議論を受けて～

「トランスジェンダーと競技スポーツ」について考える

中塚 幹也

スポーツにおける「公平性」とは何か？

～トランスジェンダーの競技参加から考える～

杉山 文野

トランスジェンダー女性選手のスポーツ参加の現状

能瀬さやか

トランスジェンダー選手をめぐるスポーツ界の現状と課題

來田 享子

シンポジウム4

座長 織田 裕行

gender identity disorderからgender incongruenceへ～ICD-11の理解をふまえて～

2008年からの12年間で、性別に対する違和感の概念はどう変化したか

康 純

TGDの性の健康：非病理化とハームリダクションという考え方について

東 優子

ICD-10 性同一性障害からICD-11性別不合へ脱病理化の中で精神医療の果たす役割

針間 克己

「性の健康に関連する状態」としての性別不合

中塚 幹也

一般演題 (ポスター)

日本性科学会倫理規程について

日本性科学会倫理担当理事

大川 玲子

日本性科学会は2001年に倫理規程を採用しました。性治療者、性教育者、性研究者を対象としたもので、当時の WAS（World Association for Sexology；現在は World Association for Sexual Health）の倫理規程（Code of Ethics）をそのまま採用したものです。ここに示すのはその抜粋の日本語版です。また英文の本文は日本性科学会雑誌 Vol.19 No.1 July 2001: 42-61にあります。

現在、本規程の改訂に取り組んでいます。ご意見のある方は郵便ないし e-mail で事務局にお送りください。

日本性科学会倫理規定抜粋

一 般 原 則

本規定は、1978年10月24日にローマで制定されたヒューマン・セクシュアリティに関する臨床、教育、研究上の倫理規定である。WASのすべての会員は、職業的活動上、以下の倫理原則に従うものとする。各国で既に法制化されている法規制に本規定は介入するものではなく、また、本規定が法的な処罰を行うものでもない。本規定は、専門家が性の問題に対処する上での倫理的な意思決定と職務遂行のガイドラインとなるものである。職種は異なっても、人間尊重、人権・市民権の尊重、責任感、協同者や集団への誠実性、器具や技術活用上の慎重さ、職務上の基本的能力と専門性向上等の倫理は共通している。

WHOの提言によれば、性の健康とは、性的存在としての身体的、情動的、知的、社会的因子を、人格のふれあい、コミュニケーション及び愛を高めることによって、ポジティブでゆたかなものにし、かつ統合することである。ヒューマン・セクシュアリティに関わる専門家は、市民の身体的、道徳的、社会的安全を侵害する行為をすべきでないことはもちろんのこと、そのような行為に加担してはならない。品性を落とす行為、非人間的で残酷な処遇に、研究者として、助言者として、協力者として関与してはならない。犯罪疑惑、告発のケースや、革命、戦争、テロの状況下でも、人権侵害や虐待が行われた場合、それを放置してはならない。年齢、性別、民族、宗教、性指向、思想・信条、所属国家、社会階級などにより、人を差別することがあってはならない。

なお、本規定は、性治療者、性教育者、性研究者に対し、それぞれの専門性に応じた義務規定を設ける。

I 倫理規定の適用

1 以下の規定は、性治療者、性教育者、性研究者に適用される。

2 性治療者に求められる要件

- (1) 各国で正式に承認されている大学から、医学、心理学、あるいは各国の倫理委員会が認めるその他の学術領域で、大学卒業資格を取得していること。あるいはそれに相当する経歴を持っていること。
- (2) 常に研鑽を積むことは性治療者に求められる責務である。

3 性教育者に求められる要件

- (1) 各国で正式に承認されている大学から大学卒業資格を取得していること。あるいはそれに

相当する経歴を持っていること。

- (2) 常に新しい知識を獲得するよう努力することは性教育者に求められる責務である。
- (3) 性教育者は、セクシュアリティに関する自分自身の意識や価値観を自覚するため、自分の内面を見つめる経験を持つべきである。
- (4) 性教育者は、自分自身の意識や価値観を反映した知識のみを与えることを避け、中立的な立場で知識の提供ができる能力を獲得すべきである。

4 性研究者に求められる要件

- (1) 各国で公式に承認されている大学から、社会学、文化人類学、医学、生物学、心理学、あるいは、各国の倫理規定で認められた他の学問領域に関する大学卒業資格を取得し、あるいはそれに相当する経歴を持っていること。
- (2) 性研究者は、セクシュアリティに関する自分自身の意識や価値観を自覚するため、自分の内面を見つめる経験を持つべきである。

6 性治療者、性教育者、性研究者の能力の限界

- (1) 性治療者は、自分の専門的活動の限界をできる限り明確に認識していなければならない。
- (2) 性治療者は自分の治療によって生じる心理的、医学的、精神医学的、心身医学的、家族関係の問題の危険性を発見、評価、測定しなければならない。また、そのような危険を避けるため、必要な予防的措置をとらねばならない。
- (3) 性治療者は、自分自身で解決する場合も、他の専門家に解決を依頼する場合も、問題が生じた時にとるべき方法を知らねばならない。
- (4) 性治療者は個人の宗教上、倫理上、道徳上、政治上の信条を尊重すべきである。
- (5) 性治療者、性教育者、性研究者（以下この三者を総称して専門家と記述する）は、広く承認され、試されていない理論や技法を用いた治療、研究、指導・教育を提供してはならない。
- (6) この倫理規定は専門家の個人としての行動には適用されないが、例外的に以下に関しては、適用される。
 - ① これらの行動が人間の権利に配慮せず、患者、クライアント、学生、研究の対象者、同僚または他の関係者への尊重にならない場合
 - ② 性別による平等に配慮せず、ハラスメントや虐待に関わる場合
 - ③ 世界的な科学の領域で、受け入れられ、認められていない技法や方法論を用いる場合
 - ④ 専門家が患者、クライアント、学生、研究の対象者を自分の個人、家族、あるいは商業上の問題や葛藤に関わらせた場合専門家は倫理に反する行動や法に従わない行動をしてはならない。上記①、②、③、④の項は職業上の問題と見なされる。

- (7) すべての患者、クライアント、学生、研究対象者は知らされる権利を持っている。専門家は、診断、評価、指導、スーパービジョン、教育、コンサルテーション、研究などの結果を

対象者に返す時、対象者が理解しやすいように説明するべきである。彼らは専門家が提示する以外の異なった理論や方法を知る権利があり、それらを選ぶことができる。

- (8) 専門家は、治療、教育、研究のすべての過程で、職業上知り得た秘密を守らねばならない。ただし、患者やクライアント本人の許可がある場合、または、その他特別の事情がある場合にのみ、この原則は適用されない。

7 個人的問題や葛藤

専門家の個人的問題や葛藤は治療の効果を妨げてはならない。

- (1) 専門家は、自分のためあるいはだれか第三者のために、専門的実践で得られた権力や優位な立場を患者、クライアント、学生、研究対象者あるいは同僚に対して行使してはならない。
- (2) 専門家は、患者、クライアント、学生、研究対象者と適切な距離の限界を越えた人間関係を持つてはならない。以下の事項を含む治療はすべて不適切と判断される。

① 性別の平等に対して配慮を欠くこと。

② 患者、クライアント、学生、あるいはそのほか転移関係上、倫理上、法律上の権威を及ぼしている他の人々と性行動を持つこと。

身体的、精神的、あるいは倫理的な暴力は、専門家として極めて重大な行為であり、専門家はそれらの行為に対して全責任を負う。

- (3) 専門家は、過去に社会的、商業的、経済的な関係があった人々と契約を結ぶことを避けねばならない。性治療者は利害関係、情緒的關係、あるいは性的関係にあった人々を患者としては受けてはならない。予測できない事態により、治療契約期間にこれらの関係が生じた場合、できるだけ早く、そのケースから撤退する義務を性治療者は負っている。個人的関係は避けられねばならない。
- (4) 専門家は、他の専門家を紹介するときは患者やクライアントの了解を得なければならない。無料で行われたサービスも人々に対する配慮、尊重、関心の観点では、例外ではない。

II 性治療者、性教育者、性研究者の義務

8 患者への義務

性治療者は、自分のクライアントや患者の悩みや不適応を軽減するため努力しなければならない。性治療者は、クライアントや患者と性行動をしてはならない。外性器の感覚に関する研究は、学問的に認められた資格を持つ研究者により、前もって提出された計画ですでに説明されている目的に従って行われる場合のみ実施が可能である。

11 治療者の禁欲義務

性治療者は、クライアントや患者と性的関係をもってはならない。性治療者は、観察、概念化、

明確化，解釈を行うものである。どのような状況であっても，性治療者は，クライアントや患者あるいは第三者の行動をおとしめてはならない。また，家族に対して争いを煽ってはならない。どのような形にせよ，身体的，精神的，倫理的な暴力を行使してならない。性治療者は，クライアントや患者を暴力から守らねばならない。どのような暴力も許されない。たとえ，それが両者合意の上であっても，同様である。

性治療者は，クライアントや患者に対して，性的に誘惑し，愛情関係を持ち，性行為を行う目的で自分の特権的立場を利用してはならない。クライアントや患者と性行動を行うことは治療的な意味でも受け入れられない。性治療者とクライアントあるいは患者の関係が個人的関係に及ぶ場合，性治療者は治療契約上の関係を守るか，クライアントや患者を専門家に紹介するかどちらかを選ぶべきである。

13 カップルや家族との関係

専門家は，各々の対象者に対して，治療の具体的な計画と専門家の秘密保持の原則について，明確に説明する義務がある。たとえ，対象者が未成年であっても同様である。

14 専門的関係の終結

専門的関係を終結したいというクライアントや患者の決定は尊重されねばならない。

15 プライバシーの侵害

- (1) 専門家は，記録または報告書を書くときは，慎重かつ客観的でなければならない。差別や評価に直接結びつくような表現は避けるべきである。記録や報告書，あるいは口答での報告には，必要な情報以外は含めるべきではない。
- (2) 職業上知り得た秘密を守る義務は専門家が属するチームやグループのすべてのメンバーにもあてはまる。
- (3) この秘密保持の原則はクライアントや患者との治療的関係が終了したのちにも適用される。
- (4) クライアントや患者が未成年の場合，何らかの危機に際しては，性治療者の判断により，親または後見人にも個人情報伝えられることがある。しかし，この判断を行う時には，何よりも未成年の利益が尊重されねばならない。

16 職業的な秘密保持の限界

性治療者にも，職業上の秘密保持の原則は適用される。ただし，クライアントや患者が許可した場合のみ，この原則は適用されない。

性治療者が，会社，学校，裁判所などの職場で勤務し，クライアントや患者に関する検査や評価の結果を機関に対して報告しなければならない場合，専門家は，結果が報告されることをクライアントや患者に知らせる責任がある。

17 記 録

専門家は、記録上の個人情報に関して秘密保持を保証しなければならない。

Ⅲ 実践上の問題

22 料金とその契約

性治療者は、専門的関係においてクライアントや患者と料金について合意しなければならない。

23 評価と法的調査

専門家が個人の特性に関して文書または口頭で法的な報告や証言を行う場合、専門家はそれに先だって、適切な検査を実施しなければならない。専門家は、差別を引き起こしたり、クライアントや患者の評価を引き下げるような特定の表現について熟知し、報告や証言の際の表現には、慎重に配慮しなければならない。

24 公的な資格、マスコミとの関わり

公式の資格者が、マスメディアを用いて商業的宣伝を行うことは禁じられる。広報、啓発活動と、売名行為は区別しなければならない。

Ⅳ 倫理的問題の解決

25 この倫理規定は、前述したすべての専門家に適用される。

27 倫理委員会への協力

専門家は、倫理委員会が行う倫理に関する調査、手続き、要求に協力するべきである。

28 倫理委員会への申し立て

専門家による同僚に対する提訴は、誠意を持って行われ、専門家の名誉を守るためだけに行われるべきである。すべての提訴は、倫理規定に認められた事実に基づいて行われねばならない。クライアントや患者、あるいはその法定代理人も倫理委員会に不服の申し立てができる。

さだめられた規則や原則に違反する者は、倫理委員会によって、罰せられる。

以下は倫理委員会によって実行されうる処罰である。

- (1) 注 意
- (2) 警 告
- (3) 学会の役職の停止

- (4) 学会の定めるセラピスト・カウンセラー資格の一時的剥奪
- (5) 除 名
- (6) 入会取り消し

過渡的な規則

ヒューマン・セクシャリティの専門家に対する法律が施行されるまで、倫理委員会は、倫理規定を運用する権限を持つ。

編 集 後 記

今回の第40巻から、編集委員長を担当させていただくことになりました。論文を投稿していただく会員の皆様、査読者の皆様、編集委員の皆様、学会事務局の皆様に助けていただきながら、伝統ある日本性科学会雑誌の発刊を粛々と続けていきたいと思えます。よろしくお願いいたします。

本巻も、学会の目的通り、「性」についての多様なトピックについて、種々の職能・立場の方々から、社会調査や実践経験などから得られた科学的視点で記述された論文が集まりました。内容は、子宮頸がん女性のセクシュアリティ、ポルノグラフィ利用と生活問題、二分脊椎症の方への性教育、自殺企図と男性ホルモン、セクシュアルマイノリティと物質使用、MRKH症候群に対する造腔術と広範囲に及んでいます。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の拡大が日本に及んでから2年半を経過し、この編集後記を書いている今も、第7波の兆しが見られています。医療現場での臨床や学校での性教育の実践、また、各種の社会調査なども制限された状況で実施せざるを得ない中、会員の皆様も、研究、学会発表、論文作成にご苦労されているかと思えます。しかし、COVID-19拡大により、日本国民の生活も大きく様変わりし、セクシュアリティに関しても種々の新たな課題が見られています。今だから解決しなければならない課題、今だからすべき研究もあり、そのような視点で研究をされている方も多いのではないかと思います。ぜひ、論文化し、ご投稿いただき、広く知見を共有できればと思います。その媒体として、日本性科学会雑誌をお選びいただければ幸いです。

(中塚 幹也)

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、入会后満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は、選挙実施の前年度末において、会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は、選出理事の決定とともに解散する。

会 費 規 程

(2008年4月1日より施行)

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

日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」

資格認定規定

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

行わせる。

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

研究会及び講演会

③ 論文掲載

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

- 2) 認定更新に必要な取得単位の申請は、自己申告制とし、それを証明するに足る書類を添付すること。ただし、まとめの用紙は本学会が指定する書式によるものとする。
 - 3) 学術集会及び研修会での演者としての単位の算定には、それを証明するプログラム又は論文の写しを添付すること。
 - 4) 論文及び著書は、セクソロジーに関わる学術的なものに限る。申請の際にその別刷又は写しを添付すること。
8. 認定を受けてから認定を更新するまでの所定の期間（認定毎に指示する）に取得単位数が所定の研修単位数に満たない時は、認定更新の保留を申し出て、所定単位数を満たした時に再申請することができる。保留期間は2年までとし、保留期間中は認定者の称号を呼称することはできない。
- ただし、特別な事情（長期の病気療養や研究のための外国留学など）の場合は、その事情を記した書類を添付して、保留期間の延長を申請することができる。
9. ここに掲載された認定更新制に関する事項の改訂は認定制度委員会の議を経て理事会の承認を要する。
10. 平成10年以降に認定を受けたものについては5年ごとに更新を行う。
11. 平成9年12月1日までに認定を受けたものについては、平成10年12月より単位登録を開始し、平成15年8月1日までに所定の単位を修得したものについては第1回目の認定更新を行う。第2回目からの更新は5年毎に行う。
12. 認定更新の事務は、日本性科学会事務局において行う。
- 更新申請料10,000円、更新登録料10,000円とする。
- この規定は平成10年12月1日より施行する。

日本性科学会研究倫理審査委員会規定

前文

日本性科学会（以下「本学会」という。）に所属する会員で研究を実施する者（以下「研究者」という。）は、人を対象とする研究や疫学研究については、法令を遵守し、「ニュルンベルグ綱領」、「ヘルシンキ宣言」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（厚生労働省・文部科学省）」、「性の健康世界学会（WAS）倫理規定」等の趣旨に基づいて実施しなければならない。また本学会は適正かつ円滑に、研究の科学的妥当性と研究実施上の倫理的適合性についての審査を実施するために、会則第4条8項及び第24条に基づき、本学会に研究倫理審査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

第1条 目的

委員会は、本学会会員が行う人を対象とした性科学研究が人権に配慮し、安全で、かつ自由意思による参加の基に行われるか否かについて審査することを目的とする。

第2条 委員会の位置付け

委員会は、研究計画の実施等の適否及びその他の事項について、学会理事長（以下「理事長という。」）から意見を求められた場合には、その研究計画等の倫理上の妥当性について審査を行い、理事長に文書により意見を述べなければならない。

なお、審査を行うに当たっては次に各号に掲げる点を特に留意する。

- 1) 研究対象者に対する人権の保護、権利擁護、および安全の確保
- 2) 研究対象者に対するインフォームドコンセント
- 3) 研究によって生ずるリスクと科学的な成果への理解と判断
- 4) 利益相反に関する事項

第3条 審査を申請する者の条件

本委員会の審査対象は、申請者が会員であること、かつ申請者が所属する機関に研究倫理審査を行う組織が設置されていない、あるいは、やむをえない理由で研究倫理審査を受けることができない場合であること、なおかつ、申請者の所属している所属長の承諾を得ていることを満たす者とする。

第4条 委員会の構成

委員会は、理事長の下に置く。委員の構成は、次に掲げる者の中から各1名以上を理事長が選び、委嘱する。

- 1) 医学・看護学等、保健医療を専門領域とする者
- 2) 心理・社会学等を専門領域とする者
- 3) 大学または研究機関等の研究倫理審査委員会にて審査員の経験のある者
- 4) 市民の立場の者

なお、以下については必要に応じて委嘱する。

5) 実験研究を主に専門とする者

6) その他の分野を専門領域とする者

2. 委員会は、学会員以外の者を含み、かつ男女両性で構成されなければならない。

3. 委員の任期は2年とし、再選を妨げない。

委員の退任等により後任者を補充する必要がある場合には、その任期は前任者の残任期間とする。

第5条 委員会の運営

委員会に委員長及び副委員長を置く。

1) 委員長及び副委員長は、委員の互選によりこれを定める。

2) 委員長は、会務を統括する。

3) 副委員長は、委員長の職務を補佐し、必要があれば職務を代行する。

第6条 議事

委員会は、委員長が必要に応じて招集する。

1) 委員会は、過半数の出席がなければ議決することはできない。

2) 委員長が必要と認めたときは、案件ごとに委員以外の者の出席を求め、その意見を聞くことができる。

3) 審査の判定は、出席委員の合意を原則とする。ただし、委員長が必要と認める場合は、議決をもって判定する。議決は過半数をもって決し、同数の場合は委員長が決定する。

4) 実施状況報告書を1年に1度、理事会に報告する。

5) 委員が審査を申請している場合(共同研究者も含む)には、その者は当該研究の審査を行うことはできない。

第7条 申請手続、判定の通知

審査を申請する研究者は、所定の様式による申請書に必要な資料を添えて、理事長に提出しなければならない。理事長は、申請に対して速やかに委員会に意見を求めなければならない。

1) 申請者は、研究計画に関する説明を委員長から求められた場合には、委員会に出席し、研究計画等を説明しなければならない。

2) 理事長は委員会の意見を尊重し、当該申請のあった研究計画等の可否を裁定し、その判定結果を申請者に通知しなければならない。

3) 第2項の通知に対して、申請者は書面をもって、理事長に不服申立てをすることができる。理事長は、不服申立てについて、委員会に意見を求めなければならない。

4) 申請者は、承認された研究等が終了あるいは中止した場合には、理事長に所定の様式により報告しなければならない。

第8条 委員の守秘義務

委員会の委員は、審査を行う上で知り得た個人及び研究計画等に関する情報を、法令に基づく場合など正当な理由なしに漏らしてはならない。

第9条 事務局

委員会事務局（以下「事務局」という。）を学会事務局に置く。

第10条 申請に係る経費

審査もしくは再審査に必要な経費として、各審査申請時に30,000円を前納する。

第11条 規定の改正等

この規定の改正等については、委員会及び理事会の議決を経て定める。

第12条 運営要領

この規定に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮り、かつ、理事会の承認を得て別に定める。

第13条 施行日

この規定は、平成29年8月3日に学会理事会において決定し、同日から施行する。

投 稿 規 定

1. 本誌への投稿は、原則として本会会員のものに限る。
2. 原稿は、本会の目的に関係のある原著、総説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他、未発表のものに限る。
3. 原稿は、Wordソフトをなるべく使用する。和文原稿は、A4版横書き、10.5ポイント、横40字、縦30行とし、英文原稿は、A4版、ダブルスペースで、1頁につき横60字、縦30行以内とする。
4. 論文の長さは、原著および総説の場合、刷り上がりで10頁以内(図表を含み、表題、所属、著者名、連絡先を除いて、およそ和文400字詰め原稿用紙30枚以内)とし、臨床報告およびその他は、刷り上がりで4頁以内とする。
5. 図、表、写真は、1枚ずつ別に添付し、図1、表1のように順番を付し、文中に挿入位置を明示する。図表の裏面には、著者名を付す。図の題名は下方に、表の題名は上方に簡潔に記す。図表はモノクロ印刷で判明できるもので、なるべく鮮明なもの(解像度300dpi以上)を添付する。作成するソフトはPowerPointまたはJPEG、TIF、GIF形式のデータとする。
6. 原著、臨床報告などの記述の順序は以下を原則とする。

和文原稿では表題、所属、著者名(以上英文を併記し姓名はYAMADA Hanakoのように記述する)、和文抄録(500字以内)、英文抄録(200語以内)、内容を示す英語のkeywords(3～5個)、緒言、方法、結果、考察、結論、文献とする。

英文原稿は、和文原稿の記述に準じ、Abstract(200語以内)、Keywords(3～5個)、Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions, Referencesに分けて記述し、和文抄録(500字以内)を添付する。なお、臨床報告およびその他の論文については、抄録と英文抄録は必要としない。
7. 単位はmeter-kilogram-second (mks) 単位とし、和文原稿用紙の数値は算用数字を用いる。英語の綴りは米国式とし、本文中に略語を使用する場合は、その単語を最初に用いる箇所、原語を記載の上()内に略語を併記する。
8. 文献の書き方は次の形式による。

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

 - a. 各文献は出所順に1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名はIndex Medicusの略称に従う。
 - c. 著者名は、3名以下の場合は全員、4名以上の場合は3人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「他」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名:論文題名. 雑誌名(類似の誌名のあるときは発行地) 巻: 頁ー頁, 西暦年号の順に、単行本の場合は著者誌名: 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、著者誌名: 論文題名. 編者または監修者名: 書名. 発行所名, 発行地, 頁ー頁, 発行年次. などとする。インターネットの場合: 著者名, 資料名, サイト名, アップデート年, URL(資料の検索年月日) 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訂第2版. 金原出版, 東京, 33-35, 2005.
- 6) 厚生労働省. 国立医薬品食品衛生研究所 安全情報部：医薬品安全性情報Vol.12 No.17(2014/08/14). <http://www.nihs.go.jp/dig/sireport/weekly12/17140814.pdf> (2020年8月10日検索)
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. 投稿は原則電子メールへの添付により行う。また、所定の学術論文投稿倫理規程誓約書、利益相反自己申告書に署名捺印し、PDF等で電子メールに添付・送信し提出する。また、紙媒体に印刷したものも事務局宛に「原稿在中」と表書きし郵送する。
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. 投稿先は下記宛先とする。

日本性科学会事務局：office@sexology.jp

〒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 中塚 幹也

責任編集委員 早乙女智子

今井 伸

佐藤 正美

田中 奈美

奥村 敬子

西 佳子

日本性科学会
学術論文投稿及び学会発表倫理規程誓約書

題名： _____

著者： _____

以下の通り申告いたします(該当する箇所の□に✓を入れてください)。

- ☐ 本論文あるいは発表内容は他の学会や雑誌等で未発表である。
- ☐ 本論文は他の学会誌や雑誌等に二重投稿はしていない。
- ☐ 本論文あるいは発表は「人を対象とする医学系研究」に該当する。
- ☐ 特定の施設名称や個人情報には匿名化している。
- ☐ ヘルシンキ宣言, 文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」, 日本性科学会, その他の関連学会の倫理指針及び個人情報保護法を遵守している。
- ☐ 本論文の投稿は共同執筆者(共同研究者)の了解を得ている。
- ☐ 本論文では他者の論文や他者の発表の文書や図表などを用いる場合, その引用を明記している。
- ☐ 診療に関する発表は関連する医療専門職(有資格者)の指導または確認を得ている。
- ☐ 本論文の倫理的事項に関しては, 倫理的配慮が行われていることを本文中に明記する(所属する施設の倫理委員会の承認を得ていることが望ましい)。

倫理委員会名： _____ 承認： _____ 年 月 日

(倫理委員会での承認が必要のない場合は記入されなくて結構ですが, 編集委員会・倫理委員会で問題点が指摘された場合には, お問い合わせをさせていただくことがあります。)

本論文が採択された場合は, その著作権を日本性科学会に移譲することに同意いたします。

上記内容に相違のないことを誓います。

_____ 年 月 日

論文・発表筆頭者署名： _____ (捺印)

日本性科学会雑誌

利益相反自己申告書

年 月 日

申告日前3年間について記載してください。

氏名： _____

所属： _____

	金額（年間）	該当の状況	該当のある場合企業名等
役員・顧問職への 就任	100万円超	有・無	
株式	利益100万円超／ 全株式の5%超	有・無	
日当・講演料・ 座長料など	50万円超	有・無	
原稿料	50万円超	有・無	
研究費・助成金	100万円超	有・無	
奨学寄付金	100万円超	有・無	
旅費・贈答品等	5万円超	有・無	

日本性科学会総会議事録

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、オンラインによる総会が2022年5月29日に開催された。5月18日にメールにて総会資料一式が会員に送られた（メール不明の会員には郵送で送られた）。同28日を締切として、理事長への委任133名、議決権行使2名（2名とも、すべての議案に賛成で議決権を行使）で事前の意思表示がなされた。

協議事項

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 第1号議案 | 2021年度事業報告（資料1） |
| 第2号議案 | 2021年度決算報告・監査報告
（資料2） |
| 第3号議案 | 2022年度事業計画案（資料3） |
| 第4号議案 | 2022年度予算案（資料4） |
| 第5号議案 | 第42回・第43回日本性科学会
學術集會會長選任 |
| 第6号議案 | 理事選出
理事長・副理事長・指名理事選出 |

報告事項

- | | |
|-----|--------------------------------------|
| 議題1 | 委員会報告 |
| 議題2 | 幹事会報告 |
| 議題3 | 第41回日本性科学会学術集会（2022年
8月開催予定）の準備状況 |
| 議題4 | 関連団体・学会活動報告 |
| 議題5 | 本会の一般社団法人化の進捗状況 |
| 議題6 | 資格認定制度の見直しに関するプロ
ジェクトの進捗状況 |
| 議題7 | オンラインカウンセリング事業の立ち
上げ準備の進捗状況 |

協議事項6件について、すべて過半数の賛同が得られ、承認された。
報告事項7件について、後ページに記す。

〈総会資料 1〉

2021 年度事業報告

(2021年4月1日～2022年3月31日)

1. 第26回総会

オンライン開催（2021年5月30日）
議決権行使 26名
理事長への委任 103名

2. 会員状況

会員数
2020年度末
正会員 352名 賛助会員 2法人
名誉会員 8名

2021年度末

正会員 369名 賛助会員 2法人
名誉会員 7名
年度内会員移動（入会数）
正会員 53名 賛助会員 0法人
名誉会員 0名
年度内会員移動（退会数）
正会員 20名 賛助会員 0法人
名誉会員 1名

3. 会の運営

- 1) 理事会 2回
- 2) 幹事会 12回

4. 学術集会開催

- 1) 第40回日本性科学会学術集会
日時：2021年10月24日
場所：オンライン
会長：針間克己（はりまメンタルクリニック
院長）
テーマ：Rainbow after the storm

5. 研修会、研究会の開催

- 1) 第50回セックス・カウンセリング研修会
日時：2021年5月30日
場所：オンライン
- 2) 第15回近畿地区研修会
※第23回GID学会内で共催シンポジウム
として開催
日時：2021年3月13日
場所：WEB
- 3) 症例研究会 6回開催

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 0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 1名
- セックス・セラピスト 1名

3) 有資格者数

- セックス・カウンセラー 12名
- セックス・セラピスト 31名

8. 関連団体との交流

1) 国内団体

- (1) 日本性科学連合（JFS）第21回性科学
セミナー

加盟団体：日本性科学会・日本家族計
画協会・日本性教育協会・
日本思春期学会・日本性感
染症学会・日本性機能学会

日時：2021年10月23日

場所：オンライン

- (2) GID（性同一性障害）学会 研究大会

日時：2021年3月12日～13日

- (3) セクシュアリティ研究会

- (4) その他

2) 国際学会

- (1) 第25回性の健康世界学会

日時：2021年9月9日～12日

場所：南アフリカ・ケープタウン
オンライン
(ハイブリット開催)

- (2) その他

〈総会資料2〉

2021年度決算

(2021年4月1日～2022年3月31日)

損 益 計 算 書

収 入				支 出			
科 目	20年度決算	21年度予算	21年度決算	科 目	20年度決算	21年度予算	21年度予算
年会費収入	¥3,919,000	¥4,000,000	¥4,658,500	人件費	¥376,140	¥550,000	¥443,507
研修会収入	¥357,000	¥500,000	¥500,156 ^{*1}	旅費・交通費	¥58,840	¥100,000	¥44,331
広告収入	¥436,000	¥300,000	¥439,000	通信費	¥177,660	¥200,000	¥403,939
資格認定収入	¥180,000	¥200,000	¥67,000	賃借料	¥854,772	¥900,000	¥848,050
寄付収入	¥0	¥50,000	¥0	印刷・事務用品	¥594,413	¥600,000	¥77,863
業務提携収入	¥600,000	¥600,000	¥600,000 ^{*2}	研修会費用	¥246,148	¥300,000	¥371,590
雑収入	¥495,118	¥350,000	¥482,653 ^{*3}	学会誌・学会ニュース費	¥1,063,867	¥1,100,000	¥769,478
小 計	¥5,987,118	¥6,000,000 ^④	¥6,747,309	資格認定費用	¥78,385	¥30,000	¥0
前期繰越金	¥16,596,385	¥18,788,452	¥18,788,452	交際費・会議費	¥2,916	¥50,000	¥4,702
合 計	¥22,583,503	¥24,788,452	¥25,535,761	水道光熱費	¥41,932	¥50,000	¥46,247
				法人化特設予算	-	¥300,000	¥0
				雑費	¥215,202	¥300,000	¥383,700
				諸会費	¥84,776	¥100,000	¥50,000
				雑損失	¥0	¥0	¥0
				小 計	¥3,795,051	¥4,580,000 ^⑤	¥3,443,407
				次期繰り越し	¥18,788,452	¥20,208,452	¥22,092,354
				合 計	¥22,583,503	¥24,788,452	¥25,535,761

*1 2021年度研修会はオンライン開催
 *2 ジェクス株式会社
 *3 タイレーター代, 「セックス・セラピー入門」印税を含む

差し引き ④-⑤	¥3,303,902
----------	------------

カウンセリング室 △2,008,956 (①) を引くと
 収支差額 ¥1,294,946

カウンセリング室2021年度決算

収 入

カウンセリング料, 雑収入 ¥2,260,000

支 出

¥4,268,956

カウンセラー報酬, 事務人件費, 交通費
 賃貸料, 水道光熱費, 法人税等

差し引き

-¥2,008,956 (①)


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	¥7,394,042	年会費前受金	¥0
年会費未収入金	¥0	仮受金	¥30,000
立替分（仮払金）	¥14,271,167(*)	流動負債合計	¥30,000
流動資産合計	¥21,665,209		
		負債の部合計	¥30,000
【固定資産】		資本の部	
有形固定資産	¥2	【剰余金】	
敷金	¥457,143	当期未処分利益	¥22,092,354
固定資産合計	¥457,145	（うち当期純利益	¥3,303,902)
資産の部合計	¥22,122,354	資本の部合計	¥22,092,354
(*) カウンセリング室の支出の立替分		負債及び資本の部合計	¥22,122,354

監査致した結果、適正と認めます。

2022年5月25日

監事

石津 宏 

堀 貞夫 

〈総会資料3〉

2022年度事業計画案
(2022年4月1日～2023年3月31日)

1. 学術集会開催

1) 第41回日本性科学会学術集会

日時：2022年8月28日

場所：オンライン

会長：森 明子（湘南鎌倉医療大学看護
学部 教授）

テーマ：性の QOL を高める支援のために
性科学ができること

2. 研修会、研究会の開催

1) 第51回セックス・カウンセリング研修会

日時：2022年5月29日

場所：オンライン

2) 近畿地区研修会

日時：2023年2月（予定）

3) 症例研究会

年6回予定（奇数月）

4) 心理症例研究会（偶数月）

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22回性科学
セミナー

日時：2022年9月25日

場所：オンライン

(2) 第24回 GID（性同一性障害）学会

(3) その他

2) 国際学会

(1) 第16回アジア・オセアニア性科学学会

日時：2022年8月19日～21日

場所：マレーシア・ケランタン州

(2) その他

〈総会資料4〉

2022年度予算案
(2022年4月1日～2023年3月31日)

予 算

収 入			支 出		
科 目	21年度決算	22年度予算	科 目	21年度決算	22年度予算
年会費収入	¥4,658,500	¥4,800,000	人件費	¥443,507	¥550,000
研修会収入	¥500,156	¥500,000	旅費・交通費	¥44,331	¥50,000
広告収入	¥439,000	¥300,000	通信費	¥403,939	¥400,000
資格認定収入	¥67,000	¥220,000	賃借料	¥848,050	¥850,000
寄付収入	¥0	¥50,000	印刷・事務用品	¥77,863	¥100,000
業務提携収入	¥600,000	¥600,000	研修会費用	¥371,590	¥350,000
雑収入	¥482,653	¥500,000	学会誌・学会ニュース費	¥769,478	¥650,000
小 計	¥6,747,309	¥6,970,000	資格認定／倫理審査費用	¥0	¥70,000
前期繰越金	¥18,788,452	¥18,788,452	交際費・会議費	¥4,702	¥10,000
合 計	¥25,535,761	¥25,758,452	水道光熱費	¥46,247	¥50,000
			法人化特設予算	¥0	¥300,000
			雑費	¥383,700	¥300,000
			諸会費	¥50,000	¥100,000
			雑損失	¥0	¥0
			小 計	¥3,443,407	¥3,780,000
			次期繰り越し	¥22,092,354	¥21,978,452
			合 計	¥25,535,761	¥25,758,452

協議事項5

第42回(2023年)・第43回(2024年)日本性科学会学術集会長選任

第42回(2023年) 関口由紀会員

第43回(2024年) 池田詩子会員

上記2氏の学術集会長就任が承認された。

協議事項6

理事・理事長ほか役員選出

理事選挙により当選した9名の理事(下記)の互選により、針間克己理事が理事長に選出された。副理事長として早乙女智子理事、指名理事として金子和子理事、天野俊康理事、山中京子理事が指名された。

2022・2023年度日本性科学会理事選挙結果

このたび理事選挙(全国1ブロック)において、下記の通り立候補届がありました。

(受付順)

針間 克己	高波真佐治	菅沼 信彦
中塚 幹也	石原 理	茅島 江子
大川 玲子	早乙女智子	内田 洋介

それぞれの立候補者について、立候補資格要件(5名の推薦者、入会以後3年以上)をチェックしすべて適格でありました。また、立候補者数が定員の枠内でありますので、無投票で全員を当選者と決定いたしました。

2022年3月5日

日本性科学会選挙管理委員会

石丸径一郎

花村 温子

報告事項

議題1 委員会報告

(1) 資格認定委員会

(大川理事より)

色々な状況で性の相談を受ける専門家が欲しいところです。言うは易しですが実際に相談できる専門家は非常に少ないのが現状です。本会の認定資格保有者は三十数名ですので、一県にひとりもない現状です。これではいけないのでもう少し専門家を増やしたいと考えています。これは以前からの課題でしたが、昨年役員が刷新したこともあり、具体的に実現に向けて動いています。現在の規定では会員歴5年以上でないと申請できないようになっています。期間を短くしつつ、

研修するチャンスを増やすような資格認定のシステムを構築しようと内部の委員会で検討中です。

(2) 研究倫理審査委員会

(菅沼理事より)

2021年度は2件の倫理申請がありました。1件は内容を審査し、修正いただいたうえで承認としました。もう1件は、本会の倫理審査の規定として、研究者が所属している施設に倫理委員会が無い場合という限定があるため、所属施設でやってもらいたいということで差し戻しをした。昨今、倫理規定が難しくなっており、企業が絡むと利益相反の問題なども出てくる。人を対象とする研究に関してルール作りが進行形という段階の

ため、その辺りにも留意いただき、申請をいただければと思う。また、倫理審査には3万円の費用をいただいています。これ自体は一般の審査員への謝礼や遠くから倫理審査に来ていただく委員の方の交通費に充てようということで決めましたが、お金は学会のほうに入れていただいて、必要な謝礼等は学会から拠出するという形でいきたいと思いますので、その辺りの規定の改訂もお願いします。

(3) 編集委員会 (田中幹事より)

学会雑誌の査読を進めている段階です。9編の論文を投稿いただきました。7月に予定通り第1号が発行できるように査読に関わって下さっているみなさまにご協力いただきながら進めております。みなさま、お手元に届きますことをお待ちください。

(4) 研修委員会 (織田幹事より)

近畿地区研修会は、プログラム等まだ考えられていませんが、今年度も開催したいと思っています。コロナの状況が収まらなければオンラインになる可能性もありますが、開催はしたいと思います。ご協力の程お願い致します。

議題2 幹事会報告 (石丸幹事長より)

毎月第1木曜日にZoomで開催し、学会運営の様々なことを決めております。

議題3 第41回日本性科学会学術集会 (2022年8月開催予定)の準備状況 (森大会長より)

8月28日に、当日はライブ(オンライン)で、翌々日からオンデマンド配信を行う。現在、一般演題を募集中。みなさまのご参加もお待ちしております。

議題4 関連団体・学会活動報告 (大川理事より)

JFSは日本性科学会の前日の土曜日に習慣的に開催してきましたが、この数年日本性科学会がリモート開催されており会場などの関係があるうえ、同じ日にするよりは別の日にするほうが多くの方に来ていただけるのではないかという議論があり、準備の期間もあるため、9月25日に今年のJFSセミナーを開催することになりました。多くの方の参加をお待ちしています。

(中塚理事より)

GID学会は2023年3月に富士吉田市で開催予定です。

(早乙女理事より)

8月19日~21日にアジアオセアニア性科学学会が開催されます。ハイブリッドでやるのかは現時点で決まっていますが、オンラインはありそうということでした。日本からは大川先生や私などでシンポジウムをさせていただく予定になっています。申込はまだ間に合うと思いますので、参加ご希望の方は申込をお願いします。

(早乙女理事より)

昨年からWASの理事をさせていただいております。WASの小委員会のほうで、専門家を教育を担う委員会に私が、思春期学会に所属している高橋幸子先生が性教育の委員会の委員になられました。また、本会事務局長の柳田さんと私が性の健康デーの委員会、福田和子さんが、柳田さんが前に入っていた若者委員会に入られました。日本からWASの委員会に4名が入っています。WASの情報も性科学会に反映させたいと思いますのでよろしくお願い致します。

(柳田事務局長より)

WASにて9月4日を「世界性の健康デー」というメモリアルデーに指定しています。東京でも例年イベントを開催しています。今年も企画中です。今年はWASから世界統一テーマとして「Let's talk Pleasure」が掲げられています。もうすぐロゴや詳しい内容が送られてくるようです。東京でもそれに合わせたイベントを開催しますのでみなさまご参加いただければと思います。

議題5 本会の一般社団法人化の進捗状況

(大川理事より)

この総会のタイミングで法人化も行いたかったのですが、細かいことを詰めないといけなかったため次に見送りました。司法書士さんにも入っていただき、定款は準備がだいぶできております。あとはカウンセリング室のことや資格認定のことなどが具体的に詰められれば定款が完成しますのでまたみなさまにお諮りしたいと思います。ご意見がありましたらお寄せください。

議題6 資格認定制度の見直しに関するプロジェクトの進捗状況

(大川理事より)

先ほど委員会報告でもお話しましたが、もう少し詳細をお話しますと、今日朝から行ったセックス・カウンセリング研修会は年に1回のもので、これと同じくらいの質の研修会をもう何回かやるか、これに変わるものをやるかという計画が進んでいます。これと同じものを年に数回やるというのは負担もあるので、できればEラーニングのような形でできるように計画をしています。プログラムとしては日本性科学会の『セックス・セラピー入門』などを書いてあることを網羅できるように考えていますし、早乙女先生もおっしゃっているような世界レベルの問題や倫理規定を盛り込んだシステムを作っていきたいと思っています。

(早乙女理事より)

大川先生のご指導のもと、もう少し研修の回数を増やしたいということで、Eラーニングの形で録画教材を用意できればと考えています。スタジオを安く手配できそうなどころまでは漕ぎつけています。具体的な提案などありましたらお寄せください。

議題7 オンラインカウンセリング事業の立ち上げ準備の進捗状況

(早乙女理事より)

対面とオンラインは今後併用せざるを得ないと考えています。ホームページを内田先生がリニューアルして下さってアクセスしやすくなったということもあるのか、お問い

合わせが増えていると事務局から聞いています。そういったニーズにお応えする意味でも、またカウンセリング室の収益をもう少し上げてもいいのではないかという意味でも、私、山中先生、道木先生が、まずははじめてみようということで動いています。お金の流れやどういうふうにやるかというところま

では詰めておりまして、もう何回か協議を重ねてからスタートしたいと思います。手を挙げた三人が動いているという形になりますので、今後より多くの会員みなさまにご参加いただけたら嬉しく思います。そういう意味では資格認定とも連携しながらやっていかないといけない事業と思っています。

日 本 性 科 学 会 役 員

顧 問	阿 部 輝 夫	あべメンタルクリニック院長
理 事 長	針 間 克 己	はりまメンタルクリニック院長
副 理 事 長	早乙女 智 子	公益財団法人ルイ・パストゥール医学研究 センター研究員
理 事	大 川 玲 子	国立病院機構千葉医療センター非常勤医師
	金 子 和 子	日本性科学会カウンセリング室 臨床心理士
	高 波 眞佐治	東邦大学名誉教授 介護老人保健施設ユウカリ優都苑施設長
	茅 島 江 子	秀明大学看護学部学部長
	菅 沼 信 彦	京都大学名誉教授 名古屋学芸大学看護学部教授
	中 塚 幹 也	岡山大学大学院保健学研究科教授
	石 原 理	女子栄養大学教授(臨床医学研究室)
	天 野 俊 康	長野赤十字病院第一泌尿器科部長
	山 中 京 子	大阪府立大学名誉教授 コラボレーション実践研究所所長
	内 田 洋 介	キラメキテラスヘルスケアホスピタル泌尿器科 科長
	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 前院長
幹 事 長	石 丸 径一郎	お茶の水女子大学生生活科学部心理学科准教授

幹事	杉山正子	すぎやまレディスクリニック院長
	花村温子	埼玉メディカルセンター臨床心理士
	今井伸	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
	丹羽咲江	咲江レディースクリニック院長
	織田裕行	医療法人桐葉会 きじまこころクリニック院長
	佐藤正美	東京慈恵医科大学医学部看護学科教授
	田中奈美	社会医療法人若竹会つくばセントラル病院産 婦人科部長
	奥村敬子	公立陶生病院泌尿器科部長
名誉会員	西佳子	北里大学看護学部看護学科生涯発達看護学講師
	斎藤宗吾	三聖病院名誉院長
	廣井正彦	山形大学名誉教授
	長田尚夫	聖マリアンナ医科大学泌尿器科元教授
	塚田攻	彩の国みなみのクリニック院長
	石河修	大阪市立大学名誉教授 泉大津市病院事業管理者
第41回学術集会長	森明子	湘南鎌倉医療大学看護学部長
第42回学術集会長	関口由紀	医療法人LEADING GIRLS 女性医療クリニック LUNAグループ 理事長・CEO
第43回学術集会長	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 非常勤医師

入会申込書

入会希望の方は学会宛にお送りくださいますようお願い申し上げます。

宛先：〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-3-4F

日本性科学会

TEL / FAX: 03-3868-3853

年 月 日

氏 名	(ふりがな)			男・女	年 月 日生
勤務先 (所属先)	名称				
	所属部署		役職		
	所在地	〒 Tel Fax			
自宅住所	〒 Tel Fax				
資 格	医師・助産師・保健師・看護師・公認心理師・臨床心理士・その他 ()				
最終学歴	年 卒業 年 修了		専門 科目		
略歴 (活動歴)					
紹介者	(会員である紹介者 1 名をお書き下さい)				
備 考					
連絡先	自宅 勤務先 (○をつけて下さい)		e-mail		

「日本性科学会雑誌」第40巻1号

2022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: office@sexology.jp

<https://sexology.jp/>

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