

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.32 NO.1 July, 2014

巻頭言..... 大川 玲子

総説 DSM-5において性機能不全はどう変わったか..... 針間 克己

第33回「日本性科学会学術集会」会長講演記録

対比と相同一グラデーションとしての性..... 早乙女智子

第33回「日本性科学会学術集会」特別講演記録

仏教哲学からみた性—仏典は性をどう語ったか—..... 前谷 恵紹

原著 セクシュアル・マイノリティにおける生殖補助医療に対する意識調査

..... 村田 藍, 川崎妃香里, 菅沼 信彦

低用量EP (estrogen progestin) 配合剤の性欲に及ぼす影響について

..... 丹羽 咲江, 杉浦 智子

当院における性交痛症例の背景..... 藤井 祐美

40代有配偶者女性の嫌でも応じる性行為と夫との性の関係の認識

—中国と日本における比較—..... 安田かづ子, 細江 容子, 陳 冬 青

エストラジオールクリームバストミン®の経外陰部投与の長期成績

..... 関口 由紀, 檜澤ゆかり, 金城 真実

藤島 淑子, 前田 佳子

編集後記..... A.N.

日本性科学会
Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

日本性科学会理事長 大 川 玲 子

昨年の巻頭言では阿部副理事長が、発表間もない「DSM-5」を紹介しました。久しぶりに改訂された米国精神科学会の診断基準ですが、そのうちの「性機能障害」を本誌vol.32 (1) で針間理事が解説しています。性同一性障害についても大きな変更があるDSM-5に、違和感を持つ人もあると思いますが、今後性科学研究の標準として扱われていくので、できれば原文(日本語版も出ました)にも目を通していただきたいと思います。これと関連して、日本性科学会編の「セックス・カウンセリング入門」も改訂版から10年、そろそろ再改訂の必要があります。会員のみなさまのご意見をお寄せ下さい。

この巻頭言を書くのは毎年8月。毎日の新聞やTVに太平洋戦争の記憶と、現代の状況を重ね合わせた報道が増えるのを無視することはできません。本来「性科学」は人間の根源に関わる研究・活動で、ラディカルなものであります。自衛権、原子力兵器、原子力発電も重要な論争課題ですが、A新聞では従軍慰安婦についての報道が事実に基づいていたかの検証に大きな紙面を割きました。誤報道もあったとの反省とともに、「だから従軍慰安婦は無かった」というような批判をやめよう、という趣旨の記事であったと思います。性科学者は戦時性暴力について、政治思惑に振り回されず、人権への犯罪を無くし、これを生む戦争を防止するよう訴えていくべきでしょう。

多くの会員はご存知と思いますが、性の健康世界学会(World Association for Sexual Health; WAS)は1999年に性の権利宣言を採択しました。セクシュアリティは人間の根源的な部分であり、性の権利は人権に属すると位置づけた画期的な宣言文です。これも社会の情勢変化に合わせ改訂作業が行われており、本会会員の東優子さんがWAS Sexual Rights Committee 委員長として参画しています。来年7月にはシンガポールで第22回WAS大会が開催され、その総会での採択が見込まれます。この大会はまた、1995年の日本大会以来20年ぶりにアジアで開催する世界学会です。皆さんと共に参加し、性の権利の行方を見届けたいと思います。

その前に本年10月は、第34回日本性科学会学術集会・岡山大会と、第13回アジア・オセアニア性科学学会、ブリスベン(オーストラリア)が開催されます。心身と頭のリフレッシュと、そしてみなさまとの再会を楽しみにしております。

目 次

巻 頭 言	大川 玲子	1
総 説 DSM-5において性機能不全はどう変わったか	針間 克己	3
第33回「日本性科学会学術集会」会長講演記録		
対比と同一—グラデーションとしての性	早乙女智子	17
第33回「日本性科学会学術集会」特別講演記録		
仏教哲学からみた性—仏典は性をどう語ったか—	前谷 恵紹	27
原 著 セクシュアル・マイノリティにおける生殖補助医療に対する意識調査		
村田 藍, 川崎妃香里, 菅沼 信彦		31
低用量EP (estrogen progestin) 配合剤の性欲に及ぼす影響について	丹羽 咲江, 杉浦 智子	39
当院における性交痛症例の背景	藤井 祐美	53
40代有配偶者女性の嫌でも応じる性行為と夫との性の関係の認識 —中国と日本における比較—	安田かづ子, 細江 容子, 陳 冬 青	71
エストラジオールクリームバストミン®の経外陰部投与の長期成績	関口 由紀, 槍澤ゆかり, 金城 真実	83
藤島 淑子, 前田 佳子		
編集後記	A.N.	89
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		90
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		94
資格認定更新に関する規定		96
投稿規定		98
日本性科学会総会議事録		100
日本性科学会役員		105

DSM-5において性機能不全はどう変わったか

はりまメンタルクリニック

針間 克己

HARIMA Mental Health Clinics

HARIMA Katsumi

はじめに

2013年、米国精神医学会が作成する精神疾患の診断・統計マニュアルの第5版が発行され¹⁾、日本語訳も2014年に発行された²⁾。DSM-5では、他の精神疾患と同様に性機能不全でも大幅な疾患リストおよび疾患概念の変更が見られる。本稿ではまず、性機能不全を全体から見ての変更点について記し、その後、個々の疾患について述べていくことにする。

1. 性機能不全はどう変わったか

DSM-5における性機能不全は、DSM-IV-TRと比較し、女性の性機能不全を中心に大幅な変更が見られる。まずは性機能不全を全体として俯瞰し、変更点とその変更の意味を記す。

(1) 三相概念の後退

DSM-5では、性反応の三相概念が後退している。三相概念とは性反応の研究の歴史の中で進展した性反応を三相に分けて考える概念である。

現代の性科学の礎を築いたMasters & Johnson³⁾の大きな功績の一つは、性行為中の身体的性反応を詳細に観察し、記録したこ

とである。その結果、性反応の段階は、休息期から、興奮期、高原期、オーガズム期、解消期へと進んでいくことが見いだされた。しかし、そこでは身体的反応を伴わない心理的性反応段階である欲求相が見いだされることはなかった。Masters & Johnsonに引き続き、セックスセラピーを発展させたKaplan⁴⁾も当初は、性障害を興奮相の障害および、オルガズム相の障害に分類して治療を行い、欲求相の障害には着目していなかった。しかし、その後Kaplan⁵⁾は治療失敗例を詳細に分析していく中で、失敗例では興奮相の前の段階すなわち欲求相に問題があることに気がつき、欲求相の存在、および欲求相の障害の存在を認識することとなった。その結果、Kaplanは性反応の周期を欲求相、興奮相、障害相の三相へ分類することを提唱し、DSM-IIIよりその三相概念は性障害分類の理論的基盤となった。

DSM-IV-TRにおいても「欲求」「興奮」「オルガズム」の三相、およびその後の「解消」という各相についての説明が性機能不全の記述の最初に明記されている。その上で、欲求の障害として「性的欲求低下障害」「性嫌悪障害」、興奮の障害として「女性の性的興奮

の障害」「男性の勃起障害」、オルガズムの障害として「女性オルガズム障害」「男性オルガズム障害」「早漏」が挙げられるという構造になっている。

しかしながら、その後、各相は明確に独立して分離しているものではなく、ある種の性機能不全疾患はいくつかの相にまたいで存在すること⁶⁾や、性反応は直線的に順次、次の相へと進むとは限らず、時に複雑に、時に円環的に進むことが指摘されるようになった⁷⁾。

このような指摘、議論を踏まえ、DSM-5では三相概念は重視されなくなっている。本文中には特に各相の説明はなされていない。また疾患分類も、各相ごとの分類にはなっていない。また「女性の性的関心・興奮障害 Female Sexual Interest/Arousal Disorder」は欲求相、興奮相をまたいだ疾患概念となっている。

(2) 男女の疾患概念の非対称化

DSM-IV-TRまでは、性機能不全の各疾患は男女それぞれが対照性を示していた。これは、女性性機能不全の研究の遅れもあり、男性性機能を参考に、それに対をなす形で女性性機能不全が概念化されたという背景もあるだろう。

具体的には、欲求相では男女共通の「性的欲求低下障害」と「性嫌悪障害」、興奮相では「女性の性的興奮障害」、「男性の勃起障害」、オルガズム障害では「女性オルガズム障害」、「男性オルガズム障害」、男性の「早漏」、性交疼痛障害では男女共通の「性交疼痛症」、女性の「膣けいれん」と、ほぼ男女が対をなす疾患分類構造となっている。

しかし、その後、女性性機能不全への研究

や臨床の積み重ねの中で、女性性機能不全の独自性が知られるようになった。そのため、DSM-5では、疾患分類は男女対をなす構造ではなく、男女それぞれが独自のものとなっている。

具体的には「性的欲求低下障害」は男性だけのものとなり、「男性の勃起障害」に該当するものは女性にはなく、かわりに女性では「女性の性的関心・興奮障害」となった。「女性オルガズム障害」はあるが、「男性オルガズム障害」はなく、かわりに「射精遅延」となった。男女共通の「性交疼痛症」がなくなり、女性にのみ「性器・骨盤痛・挿入障害 Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder」が加わった。

このようにDSM-5では、従来の男女対をなす疾患分類リストから離れ、男性、女性それぞれ独自の疾患分類となっている。

(3) 主観的体験が診断基準に含まれる

DSM-IV-TRでは、性的欲求の障害以外においては、診断基準Aは、もっぱら客観的に観察可能な身体性反応の問題があげられていた。

しかし、その後、特に女性においては「満足」「快感」といった主体的体験の問題も性機能不全の要素として議論されるようになった⁵⁾。

そのため、DSM-5ではいくつかの性機能不全においては、主観的体験も診断基準Aの項目に掲げられている。具体的には「女性オルガズム障害」で「オルガズムの感覚の著しい強度低下」、性器・骨盤痛・挿入障害で膣挿入などに関する「著しい恐怖や不安」が記されている。

(4) 診断基準で、障害の頻度・期間が明確化された

DSM-IV-TRでは、性機能の障害がどの程度の頻度・期間存在する場合に、疾患とみなされるかについては明確な定義はなされていなかった。そのため、たとえば「ここ2, 3回、セックスの時に勃起できなかった」人は、男性の勃起障害と診断されるのかどうか、などの問題があった。

そこでDSM-5では、性機能不全の主たる疾患においては、「約6カ月以上」という症状の持続期間が定義された。また、射精遅延、勃起障害、女性オルガズム障害、女性の性的関心・興奮障害、早漏においては「(約75%~100%)」と頻度も定義された。このように明確化が進んだ背景には、勃起障害治療薬の開発が進む中、「勃起障害の症状と治療結果を評価するための、より優れ、信頼性のある方法を開発せよ」とのNIH(米国国立衛生研究所)コンセンサス会議の強い勧告⁸⁾がなされ、それを受け、男性の勃起障害を臨床評価する国際的な手段として、Rosenらにより1997年に開発された international index of Erectile Function (IIEF)(国際勃起機能スコア)^{9), 10), 11)}といった泌尿器科領域における評価尺度の影響もあるであろう。

(5) 鑑別診断に対人関係の要素が挙げられた

DSM-5では、女性オルガズム障害、女性の性的関心・興奮障害、男性の性欲低下障害においては、鑑別診断として、「対人関係の要因」が挙げられており、対人関係上の強い苦痛やストレスが関連しているならば、除外診断となる。

これはパートナーとの関係上の問題があ

る場合に、いくつかの性的問題が生じることは「適応的ないし理解可能な反応である」という指摘¹²⁾を受けてのことであろう。

(6) 病型分類から「心理的要因」「混合性要因」がなくなった

DSM-5では従来通り、各性機能不全は、「生来型」(性活動開始以来ずっと)と「獲得型」(比較的正常に機能したのちに)、および「全般型」(特定の刺激、状況、相手によらず)と「状況型」(特定の刺激、状況、相手に限り)という病型分類を記載するようになって

いる。一方で、これまでにあった「心理的要因による」と「混合性要因による」(心理的要因と、一般身体疾患または物質の使用も関与)という病型分類はなくなった。これは精神疾患であるのだから心理的要因があるのは言うまでもないことと、検査技術の向上に伴い、性機能不全の多くに何らかの身体的要因が関与していることが明らかになったためである。

(7) 評価において考慮すべき5つの要素が示された

DSM-5では病型分類に加えて、評価において考慮すべき5つの要素が示された。相手の要因(性的問題や健康状態など)、対人関係の要因(コミュニケーションの問題、欲する性活動頻度の不一致など)、個人の脆弱性の要因(身体イメージの問題、性的虐待歴など)や精神疾患の併発やストレス(失職や死別など)、文化的宗教的要因(性的活動の禁止や抑圧的態度など)医学的要因、の5つである。これらの要因は、性機能不全の臨床を行うものであれば、これまでも、考慮されて

きたものであるが、DSM-5で具体的に示されることで、より明確化された形で今後評価されていくものと思われる。

(8) 性嫌悪障害と性交疼痛症がなくなった

DSM-5ではいくつかの性機能不全は疾患名が変更されたり、複数の疾患概念が一つに統合されたりした(詳細は後述する各疾患の稿に記す)。そのような中、「性嫌悪障害」は疾患リストから削除された。これは「性嫌悪障害」と診断されることはまれであり、研究や文献の蓄積も乏しかったためである。また「性交疼痛症」も姿を消した。これは女性においては他の複数の疾患とともに「性器・骨盤痛・挿入障害」として統合されたが、男性においては該当する疾患概念はない。これも男性においては診断されることがまれで研究や文献の蓄積が乏しかったためである。

以下、疾患ごとに論じる。

2. 射精遅延 Delayed Ejaculation

DSM-IV-TRでは「男性オルガズム障害」という名称だったが、DSM-5では「射精遅延」という名称に変更されている。オルガズムと射精は近似の概念ではあるが、厳密に言えば、異なる概念である。すなわち、射精とは客観的に観察可能な身体反応であるが、オルガズムとは主観的な感覚である。通常は射精時にオルガズムを感じる。しかし、射精しながらもオルガズムの感覚がない場合や不十分な場合もある。このような場合は「射精の障害」はないが「オルガズムの障害」はあるといえるであろう。しかし、DSM-IV-TRの「男性オルガズム障害」はその診断基準における

「オルガズム」が、「射精」を指すのか「主観的なオルガズム感覚」を指すのかが不明瞭であった。その点、DSM-5ではより明確な身体的反応の「射精」に焦点を絞り、「射精遅延」と名称が変わり、診断基準でも「オルガズム」という言葉は用いられず「射精」という言葉が用いられている。

診断基準Aは、パートナーとの性的活動において、本人が遅い射精を望んでいないのに、ある特定の状況ないしはすべての状況の、ほとんどの場合に(約75%~100%)、1. 射精の著明な遅延、ないし、2. 射精がきわめてまれ、または欠如している、のどちらかがあることである。1の「射精の著明な遅延」は一般的理解としての「射精遅延」と一致するが、2の「射精がきわめてまれ、または欠如している」は、「射精遅延」としての一般的理解と異なる。2に相当する概念は、日本の医学界においては「腔内射精障害」¹³⁾として疾患概念が議論されている。すなわち、自慰では射精が可能だが、性交時、腔内においては射精が困難なものたちがおり、その原因としては、手を使わずペニスを布団などにこすりつける、強いグリップでペニスを握るなどの不適切な自慰の方法が指摘されされている。また、治療法としては、腔内に近似した状態での自慰が可能な自慰補助具の使用などが議論されている¹⁴⁾。しかしながら、DSM-5においては、1と2の両者は別疾患とはされず、あわせて「射精遅延」となっている。

また、勃起障害などでは単なる「性行為」なのに対して射精遅延では、「パートナーとの性行為」となっている。つまり、射精遅延では、自慰における射精障害は診断の対象外である。パートナーとの性行為とは、日本で

の「腔内射精障害」と同様に、女性の腔ペニス性交が主たるものであろうが、DSM-5中に明確な記載はないものの、パートナーの性別は男女を問わず、腔内に限らず、手指による刺激、口唇性交、肛門性交などの場合も含むと思われる。

「遅延」に関しては、具体的に「何分以上」などの記載はない。射精までの時間がどれくらいが正常なのか、どのくらいの時間だと受け入れがたい長さなのかという点については、医学的合意がないからである。

診断基準B, C, Dは、他の性機能不全疾患と同様である。すなわちBは6カ月以上症状が持続すること、Cはその個人に著明な苦痛が生じていること、Dは他の精神疾患で説明されないこと、人間関係上の苦痛や強いストレス要因が原因でないこと、物質・医薬品や医学的疾患が原因でないこと、である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類する。一方で、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなった。さらに、評価において考慮すべき5つの要素がある。相手の要因、対人関係の要因、個人の脆弱性の要因や精神疾患の併発やストレス、文化的宗教的要因、医学的要因、の5つである。これらの病型分類と評価すべき5要素は、他の性機能不全疾患と同様である。

また苦痛の程度によって軽度、中度、重度の三段階に重症度を分類するようになっている。これはDSM-IV-TRまでにはなく、DSM-5で新たに加わった分類であり、他の性機能不全疾患と同様である。

射精遅延に関する疫学的データは不明で

あるが、DSM-5では、男性の性機能不全の主訴の中では最も少ない、と述べられている。しかしながら、我が国では前述したように「腔内射精障害」として、臨床的に注目されており、性機能不全の治療を行ういくつかの医療機関においても、男性受診者の10-20%程度を占めている^{15), 16)}。

経過に関しては、DSM-5では、80歳代男性は69歳以下の男性と比較して2倍、射精困難が見られる、との記載がある。高齢者において性機能の低下がみられるのは、正常な加齢変化とも思われるが、勃起障害と同様、高齢者においても性機能の低下がみられるものを性機能不全という疾患として捉える姿勢がDSM-5には感じられる。これは高齢者のQOLにおける性生活の果たす役割の重要性が認識されてきたという側面もあるが、勃起障害治療薬の進展に伴い、高齢者における性機能低下も疾患とみなし、積極的に治療対象にしていこうという医療経済的側面もあるように思われる。

3. 勃起障害 Erectile Disorder

DSM-IV-TRでは「男性の勃起障害」という名称だったが、DSM-5では「男性の」がはずれ「勃起障害」とシンプルな名称に変更されている。DSM-IV-TRで「男性の」がついていた理由は、前述したように三相概念に基づき「性的興奮の障害」の中で「女性の性的興奮障害」に対応する男性の障害としての位置づけだったからであろう。DSM-5では三相概念は後退し、男女の疾患の対照性もない。「女性の性的興奮障害」という疾患概念もDSM-5では消失しているためことさら「男性の」とつける必要がDSM-5ではなかったのだと思

われる。また、女性においても陰核の興奮による肥大を「勃起」と呼ぶこともあるが、一般的には「勃起」とはペニスの生理的反応を指す言葉なので、「男性の」とあえてつける必要がないということもあろう。

なお、日本では勃起障害を指す言葉として、近年「ED」が広く使われるようになったが、これは「Erectile Disorder」ではなく「Erectile Dysfunction」の略語である。「Erectile Dysfunction」は泌尿器科領域で使われる用語であり、勃起の機能面の障害に重点を置き「Dysfunction」を用いている。いっぽうで、DSMでは精神疾患の一つとしての立場から、他の精神疾患と同様に「Disorder」を用いている。類似な用語ではあるが、泌尿器科領域と精神科領域で用語が微妙に違うのは、混乱を招きやすいので、可能であれば統一を望みたい。

診断基準Aは、性的活動において、ある特定の状況ないしはすべての状況の、ほとんどの場合に（約75%～100%）、1. 勃起することがきわめて困難、ないし、2. 性行為を完了するまでに勃起を維持することがきわめて困難、ないし、3. 勃起時の硬さの著しい減少、のいずれか一つ以上があることである。DSM-IV-TRまでは、1と2のみが診断基準に見られたが、DSM-5では、3の勃起時の硬さの減少が新たに加わった。

射精遅延の診断基準では「パートナーとの性行為において」であったが、勃起障害では「性行為において」である。すなわち、たとえば自慰行為における射精遅延といった診断はできないが、自慰行為における勃起障害は診断されるということである。

診断基準Bは、他の性機能不全疾患と同様に、6カ月以上症状が持続すること、である。

前述したように、診断基準に症状の頻度や期間がDSM-5から新たに加わったのは、勃起障害治療薬の開発の進展に伴い、その効果のエビデンスを示す必要上、より明確な診断基準を作成する必要があったという側面が大きい。この勃起障害の診断基準の明確化が、他の性機能不全疾患の診断基準にも拡大適用されたのであろう。

診断基準C、Dも、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。さらに、評価において考慮すべき5つの要素も、他の性機能不全疾患と同様である。

また苦痛の程度によって軽度、中度、重度の3段階に重症度を分類するようになっている。これも、他の性機能不全疾患と同様である。

疫学的データは、DSM-5では射精遅延と同様に、高齢者におけるデータが記載されている。すなわち60-70歳以上の男性では40-50%に著明な勃起の問題が見られるという。射精遅延の稿に述べたのと同様に、高齢者において勃起機能の低下がみられるのは、正常な加齢変化とも思われる。しかし、高齢者においても勃起機能の低下を勃起障害としてDSM-5は捉えている。これは高齢者のQOLにおける性生活の果たす役割の重要性が認識されてきたという側面もあるが、勃起障害治療薬の進展に伴い、高齢者における勃起機能低下も、疾患とみなし積極的に治療対象にしていこうという医療経済的側面もあるのだろう。

4. 女性オルガズム障害 Female Orgasmic Disorder

DSM-5において、女性の性機能不全疾患は全面的に変更がなされているが、「女性オルガズム障害」のみ、そのまま疾患名が維持されている。しかしながら診断基準にはやはり変更が見られる。

診断基準Aは、性的活動において、ある特定の状況ないしはすべての状況の、ほとんどの場合に(約75%~100%)、1. オルガズムの著しい遅延、著しい低頻度、または欠如、ないし、2. オルガズムの感覚の著しい強度低下、のいずれか一つ以上があることである。DSM-IV-TRまでは、1のみが診断基準に見られたが、DSM-5では、2のオルガズムの感覚の著しい強度低下が新たに加わった。また、同じ興奮相の障害である勃起障害の診断基準と比較しても、1の診断基準は、相当する概念が勃起障害の診断基準にも見られるが、2は見られない。これは、前述したように、女性の性反応においては、主観的感覚をより重視するという近年の性科学者たちの議論を反映したものである。

また勃起障害の診断基準と同じく、「パートナーとの性行為において」ではなく「性行為において」である。すなわち、たとえば自慰行為におけるオルガズムの有無も診断上考慮すべきことになる。多くの女性はクリトリスへの刺激によってはオルガズムに達しやすいが、膣ペニス性交で達するものは多くはない。そのため、自慰行為ではオルガズムに達するが、性交では達しないものは、診断基準は満たさない。またオルガズムに達するのは十分な性的刺激がなされていない場合もあるため、診断上考慮する必要がある。

診断基準B, C, Dは、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。さらに、評価において考慮すべき5つの要素も、他の性機能不全疾患と同様である。

また苦痛の程度によって軽度、中度、重度の3段階に重症度を分類するようになっている。これも、他の性機能不全疾患と同様である。

5. 女性の性的関心・興奮障害 Female Sexual Interest /Arousal Disorder

「女性の性的関心・興奮障害」はDSM-5における性機能不全疾患分類の主要な変更点の一つである。DSM-IV-TRにおいては欲求相の障害である「性的欲求低下障害」と興奮相の障害である「女性の性的興奮の障害」と二つの疾患であったのが、DSM-5では、この二つの疾患は統合され、「女性の性的関心・興奮障害」とひとつの疾患単位となったのである。これは女性においては、男性とは異なり、欲求相と興奮相は明確に区分されるものではなく、その境界はあいまいで、多くの場合は重なり合うこと、あるいは互いに影響を及ぼしあうこと、また性的欲求低下と女性の性的興奮の障害も、多くの場合併存することが指摘されてきたからである^{6), 17), 18)}。また女性においては、男性とは異なり、最初からの性的欲求は存在せず、性的刺激を受ける中で性的反応が起きるもののいる¹⁸⁾。そのため、DSM-5では、女性においては「性的欲求(sexual desire)」という言葉は用いられず、「性

的関心 (sexual interest)」という言葉に置き換えられている。また、DSM-IV-TRでの「女性の性的興奮の障害」はもっぱら生理的反応が診断基準となっていたが、DSM-5の「女性の性的関心・興奮障害」は診断基準上、生理反応の比重はかなり低下し、女性自身の主観的体験を重視したものとなっている。

診断基準Aは、以下の項目のうち3つ以上によって示される、性的関心・興奮の欠如ないし著明な減少である。1. 性行為への関心の欠如・減少、2. 性的・官能的な思考または空想の欠如・減少、3. 性行為の開始の欠如ないし減少、4. 性行為において、ある特定の状況ないしはすべての状況の、ほとんどの場合に(約75%~100%)、性的興奮・快楽の欠如・減少、5. 性的刺激への反応としての性的関心・興奮の欠如・減少、6. 性行為において、ある特定の状況ないしはすべての状況の、ほとんどの場合に(約75%~100%)、性器ないし性器以外の感覚の欠如ないし減少。

診断基準B, C, Dは、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。さらに、評価において考慮すべき5つの要素も、他の性機能不全疾患と同様である。また苦痛の程度によって軽度、中度、重度の3段階に重症度を分類するようになっている。これも、他の性機能不全疾患と同様である。

診断において留意すべきものとして、二者間の性欲の不一致がある。たとえば、パートナーが毎日セックスを求めるが、本人は週

に1度程度のセックスを望むような場合である。このような場合には診断は下されない、また、DSM-5に新たに記載された鑑別すべき概念として「性に無関心(アセクシュアル, asexual)」がある。これは、異性を性愛の対象とする異性愛、同性を性愛の対象とする同性愛、両性を性愛の対象とする両性愛、などの性指向とは異なり、同性、異性のいずれにも性愛的欲求を持たないものを言う。アセクシュアルに関しては、精神医学的研究やエビデンスは乏しいが、現在のところ、同性愛や両性愛をゲイ、レズビアン、バイセクシュアルと呼ぶように、精神疾患や性的異常ではなく、多様なセクシュアリティの一つとして捉えられていると思われる。そのため、本人がアセクシュアルとしてのアイデンティティを持っていれば、女性の性的関心/興奮障害とは診断されない。

6. 性器-骨盤痛・挿入障害 Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder

性器-骨盤痛・挿入障害もDSM-5における性機能不全疾患分類の主要な変更点の一つである。DSM-IV-TRにおいては性交疼痛障害である「性交疼痛症」と「膣けいれん」と二つの疾患であったのが、DSM-5では、この二つの疾患は統合され、「性器-骨盤痛・挿入障害」という、ひとつの疾患単位となったのである。ひとつにされた理由としては、實際上、二つの疾患の鑑別は困難だったからである。膣けいれんにおいては、膣れん縮の存在を確認する必要があったが、診察場面での確認は困難であった^{19), 20)}。すなわち、性交時に膣への挿入が困難なものは、婦人科的診察場面においても、診察器具を膣に挿入するこ

とは困難だからである。また、膣けいれんでは、痛みへの恐怖や挿入への恐怖も、多くの場合同時に見られたのである¹⁷⁾。これらのことから、二つの疾患は、多くは重なり合うものとして認識されるようになり、DSM-5ではひとつの疾患単位に統合された。この統合の結果、男性においては「性交疼痛症」は臨床診断されることがまれだったこともあり、疾患リストから消失した。

診断基準Aは、以下の項目のうち1つ以上が持続的ないし反復的に存在することである。1. 性交中の膣への挿入が困難、2. 膣への挿入中ないし挿入しようとしたときの、性器や骨盤の著しい疼痛、3. 膣挿入の前・中・後における性器や骨盤の痛みに関する著しい恐怖や不安、4. 膣挿入をしようとしたときの骨盤底筋の著しい緊張または締め付け。

この4つの診断基準の一つを満たせば、Aの基準を満たすが、診断においては必ず4つの診断基準それぞれを評価する必要がある。2の痛みの評価では、痛みの部位や痛みのタイミングも評価すべきである。3の恐怖は、実際の痛みの存在に対して恐怖を抱く場合もあるし、実際には痛みが存在しなくても恐怖症のように恐怖を抱く場合もある。4の骨盤底筋肉群の緊張は習熟した婦人科医による診察が必要となろう。

診断基準B、C、Dは、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。さらに、評価において考慮すべき5つの要素

も、他の性機能不全疾患と同様である。

また苦痛の程度によって軽度、中度、重度の3段階に重症度を分類するようになっている。これも、他の性機能不全疾患と同様である。

7. 男性の性欲低下障害 Male Hypoactive Sexual Desire Disorder

男性の性欲低下障害は、DSM-IV-TRにおける性的欲求低下障害と比較し、病名に「男性の」がついただけで、基本的な病名、疾患概念は同様である。診断基準Aの文言もほぼ維持されている。その変更のなさは、女性の性器の不全疾患概念の大幅な変更と比較し、奇妙とすら筆者には感じられる。すなわち、男性においては性欲が明確な形で存在し、それが低下した場合には、精神疾患としてみなすことには疑いがもたれないということなのだろうか。あるいは、女性の性機能不全疾患をめぐる議論が、今後男性にもおよび、「勃起障害と性欲低下障害は重なりあわないのか?」「最初は性的欲求がない男性も、性行為を進める中、反応として性的欲求が生じる場合はないのか」などの疑問が今後は呈されていくのかもしれない。

診断基準Aは、性的官能的な思考・空想と性的活動に関する欲求の持続的または反復的な不足(または欠如)である。不足の判断は、臨床家が、年齢及びその個人の全般的、文化社会的背景などの性機能に影響を与える要因を考慮して行う。

診断基準B、C、Dは、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混

合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。さらに、評価において考慮すべき5つの要素も、他の性機能不全疾患と同様である。

また苦痛の程度によって軽度、中程度、重度の3段階に重症度を分類するようになっていく。これも、他の性機能不全疾患と同様である。

DSM-5では、文化的関連事項として、東アジアは性的欲求が低いものが多く、その要因として、東アジアにおける性への罪悪感の高さが可能性としてある、との記載がある。カナダの研究グループがカナダ在住のアジア系住民と白人系住民に対し質問し調査を行った研究があり²¹⁾、それをもとにDSM-5に記載されたと思われる。日本ではセックスレスの増加が問題視され、国際比較調査においてもセックスの年間回数は世界最下位なのは知られている。しかし、その理由として性への罪悪感に結びつけるというのは、日本の臨床医という筆者の立場からは疑問を感じた。

鑑別診断では、女性の性的関心/興奮障害と同様に、アセクシュアルと本人がアイデンティティを思っている場合は、男性の性的欲求低下障害は診断されないと、記載されている。アセクシュアルを多様なセクシュアリティの一つとして尊重しようという立場は理解できる。ただ、アセクシュアルとのアイデンティティを持っていたり、自己に性的欲求がないことに苦痛を抱いている場合もある。その場合、男性の性的欲求低下障害との本質の違いがどこにあるのか、境界はあいまいとも思われる。アセクシュアルをどう捉えるかは、今後さらなる研究、議論が必要だと

思われる。

8. 早漏 Premature (Early) Ejaculation

早漏は、病名はDSM-5において変更はなく、基本的概念も同じであるが、診断基準は具体的数値が入り、より精密なものとなった。これは、早漏の診断基準をよりエビデンスに基づいたものに、という観点から2008年にSociety of Sexual Medicineの早漏の定義の専門委員会によって提案された定義²²⁾をDSM-5も採用したからである²³⁾。専門委員会によって提案された早漏の定義とは、生来型では陰挿入後1分以内に射精をする、というものである。獲得型の早漏や陰挿入以外の性的活動においては、明確な定義はなされていない。よって、DSM-5の診断基準もそれに準じたものとなっている。

診断基準Aは、パートナーとの性的活動において、持続的ないし反復的に、陰挿入後1分以内に、本人が望む以前に射精することである。注意書きとして、陰挿入以外の性的活動については、射精までの時間の定義は確立されていないと述べられている。

診断基準Bは、他の性機能不全疾患と同様に6カ月以上症状が持続することとともに、他の性機能不全疾患では診断基準Aに述べられる「(約75%~100%以上)」に、という頻度の点が示されている。

診断基準C、Dは、他の性機能不全疾患と同様である。

病型を従来通り、「生来型」か「獲得型」、および「全般型」か「状況型」に分類すること、これまでにあった「心理的要因による」か「混合性要因による」という病型分類はなくなったことは他の性機能不全疾患と同様である。

さらに、評価において考慮すべき5つの要素も、他の性機能不全疾患と同様である。

三段階に重症度を分類するが、これは他の性機能不全疾患と異なり、苦痛の程度ではなく、射精までの時間によってである。すなわち射精までの時間が30秒から1分までが軽度、15秒から30秒までが中程度、直後ないし15秒以内が重度である。時間は客観的数値として評価しやすいので、重症度の基準に用いるのに便利だと思われる。しかしながら、他の性機能不全疾患は苦痛といった主観的観点から、重症度を評価しているのに、早漏だけ時間という別尺度で評価することに、性機能不全疾患全体として、整合性は保たれるのかという疑問は残る。

診断にあたっては「1分以内」という本人の自己申告はほぼ正確なので、客観的に測定する必要はないと記されている。

異性愛以外の性指向でも、射精までの時間は異性愛男性と近似しているので、早漏が1分以内という基準はあてはまりうる、と記されている。

また、最初の性交時は射精が早期だったものが、慣れるにつれ射精をコントロールし射精までの時間が長引くのはよくあることなので、診断にあたっては、6カ月以上続くことは重要である。

9. 物質・医薬品誘発性性機能不全

Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction

物質・医薬品誘発性性機能不全はDSM-IV-TRと比較し、DSM-5における病名は「医薬品 (Medication)」が加わったが、疾患概念としては大きな変化はない。病型分類には変更

が見られる。

診断基準Aは、臨床的に著明な性機能不全が臨床像で優勢なことである。

診断基準Bは、病歴、身体診察、検査所見から以下の2つの証拠が得られることである。一つ目は、基準Aの症状が物質中毒ないし離脱時の期間中か直後、ないしは薬物への暴露後に現れていること。二つ目は、物質・薬物の使用が基準Aの症状を起こしうることである。

診断基準Cは、物質・医薬品誘発性ではない性機能不全ではうまく説明されないことである。

診断基準Dは、せん妄時にのみ起こるものではないことである。

診断基準Eは、臨床的に著しい苦痛を生じていることである。

この5つの診断基準は診断基準D 以外は、DSM-IV-TRのものと大きな違いはない。

以下の病型分類はDSM-5で新たに加わった。すなわち、物質中毒中、物質離脱中、医薬品使用後で分類する。

また重症度の分類は、早漏を除く他の性機能不全疾患と異なり、症状発生頻度で分類する。つまり性的活動時の25~50%に起きれば軽度、50~75%に起きれば中度、75%以上で重度である。筆者としては、この分類は診断上、混乱を招くのではと危惧する。たとえば、薬剤性に勃起の障害が性交時の30%に起こるとする。その場合、「勃起障害」の診断基準である75%以上を満たさないで「物質・医薬品誘発性性機能不全」とは診断されないのか。あるいは「物質・医薬品誘発性性機能不全」の軽度と診断されるのか。理解に苦しむところである。

10. 他の特定される性機能不全

Other Specified Sexual Dysfunction

DSM-IV-TRにおける「特定不能の性機能不全」は、DSM-5では、「他の特定される性機能不全」と「特定不能の性機能不全」の二つに分かれた。このように二つに分かれたのは、DSM-5において、性機能不全以外の疾患分類でも共通してみられるものである。

性機能不全であり、診断者が臨床像を把握しており、特定の性機能不全の診断基準を満たさない理由が明確な場合に「他の特定される性機能不全」が用いられる。具体例として「性嫌悪障害」が挙げられている。

11. 特定不能の性機能不全

Unspecified Dysfunction

「特定不能の性機能不全」とは、性機能不全ではあっても、診断者が明確には臨床像を把握しておらず、特定の性機能不全の診断基準を満たすかどうか判断するには情報が不十分な場合に用いられる。

おわりに

DSM-5における性機能不全について記した。全体を通してみると、男性では客観的指標がより重視されるようになり、女性では主観的体験がより重視されるようになるという対照的な変化のように思われた。しかしながら、その疾患分類、概念はまだ議論半ばであり、今後も変化していくように思われる。性反応は個人的反応であるとともに、二者間の相互作用という側面もあることより、疾患概念においても相互作用がおり、今後は男性疾患においては主観的体験からの視点の議論がなされ、女性においては客観的指

標の使用という議論がなされるのではないだろうか。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. American Psychiatric Association, Washington D.C. 2013
- 2) 高橋三郎・大野裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院 東京 2014-
- 3) Masters WH, Johnson VE: Human Sexual Response. Little Brown & Co, Boston (1966) —謝国権 (訳)：人間の性反応. 池田書店, 東京 (1970)
- 4) Kaplan HS: The New Sex Therapy. Brunner/Mazel, New York (1974) —野末源一 (訳)：ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 東京 (1982)
- 5) Kaplan HS: The New Sex Therapy Volume II: Disorders of Sexual Desire. Brunner/Mazel, New York (1979) —野口昌也 (訳)：続ニュー・セックス・セラピー「性的欲望の障害」. 星和書店, 東京 (1982)
- 6) Balon, R: Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. Am J Psychiatry 2007 Feb; 164(2): 198-200.
- 7) Basson R. : Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. Int J Impot Res. 2008 Sep-Oct; 20(5): 466-78.
- 8) NIH Consensus Development Panel on Im-

- potence: Impotence. JAMA 270: 83-90, 1993
- 9) 日本性機能学会用語委員会：国際勃起機能スコア (IIEF) と国際勃起機能スコア 5 (IIEF5) の日本語訳. IMPOTENCE, 13: 35-38, 1998
 - 10) Rosen, R.C. et al: The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology, 49: 822-830, 1997
 - 11) 針間克己：性機能不全の臨床評価手段. 精神科臨床評価マニュアル 臨床精神医学 1999年12月増刊号 185-194.
 - 12) Bancroft J ; Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav. 2003 Jun; 32(3):193-208.
 - 13) 阿部輝夫：腔内射精障害 (性の相談-健康なセックスを求めて). 現代のエスプリ (438), 141-148, 2004, 至文堂, 東京
 - 14) 今井伸：症例 Masturbator を用いたマスターベーションの指導が有効であった腔内射精障害の1例. 日本性科学会雑誌 29(1), 77-80, 2011-
 - 15) 阿部輝夫：セックスレス・カップル. 精神科 23(5): 510-516, 2013
 - 16) 渡辺景子, 金子和子：日本性科学会カウンセリング室の動向, 日本性科学会雑誌 29(1), 37-50, 2011
 - 17) Balon R. : The DSM criteria of sexual dysfunction: need for a change. J Sex Marital Ther. 2008; 34(3): 186-97.
 - 18) Basson R : Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med. 2004 Jul; 1(1): 40-8.
 - 19) Binik YM. : The DSM diagnostic criteria for vaginismus. Arch Sex Behav. 2010 Apr; 39(2): 278-91.
 - 20) Ohkawa Reiko: vaginismus is better not included in sexual pain disorder. J Sex Marital Ther. 27(2) 191-2, 2001
 - 21) Brotto LA : Differences in sexual guilt and desire in east Asian and Euro-Canadian men. J Sex Res. 2012; 49(6): 594-602. Epub 2011 Oct 17.
 - 22) McMahon CG, ; International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for Definition of Premature Ejaculation. : An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature. J Sex Med. 2008 Jul; 5(7): 1590-606 Ejaculation.
 - 23) Segraves RT. : Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. J Sex Med. 2010 Feb; 7(2 Pt 1): 672-9.

第33回「日本性科学会学術集会」会長講演記録

対比と相同—グラデーションとしての性

Contrast and Homology: Sexuality as Gradation

神奈川県医師会神奈川県立汐見台病院

早乙女智子

はじめに

男と女。女と男。どちらが先でも構わない。
二項対立で語っている間は同じことだ。

哲学者フリードリッヒ・ニーチェ Friedrich Nietzsche が書いた『ツァラトゥストラはこう言った』Also sprach Zarathustraの中に、老いた女と若い女 von Alten und Jungen Weiblein という項目があり、「女は何もかも謎だ。だが女の一切の謎を解く答えはただ一つである。

それはすなわち妊娠である。」Alles am Weibe ist ein Ratsel, und alles weibe hat eine Losung: sie heisst Shewangenschaft. (氷上英廣訳、岩波文庫¹⁾)とある。これは単純で当たり前のことではあるが、生殖医療が未成熟な時代にあつては、哲学の中でも性的な真理に迫る名言である。男女の性と、生殖と個人の性を場合分けしないで混沌としたまま語ろうとすると、例外だらけで矛盾する。性行為そのものは生殖を視野に置いた生物活動とそのバリエーションであるが、ほとんどの性行為は生殖のために行っているのではないからである。単純化すれば、現時点では、「男性は基本的に妊娠できない」という立場であることこそが、男女二元論の始まりであつて、社会的な性差であるジェンダー論もそこから

形成されているといえよう。

性差意識の歪みによる女性の性の健康被害は、日本性科学会認定セックスセラピストの資格に基づく「性の相談外来」で性機能障害や性同一性障害の診療を行う中にもあり、また一般産婦人科業務としての分娩や婦人科臨床の中でも家族や知人、時に医療者によるものが起こっており、その究極が法的な犯罪として認定される性被害となっている。女性と妊娠と貧困・暴力は、国際的な女性問題であり、避妊・人口問題、リプロダクティブヘルスライツに関すること、単なる性差ではないジェンダーバイアスによる性の健康障害といっても過言ではなく、医療従事者は少なくともその知識を十分に備えて性加害的発言や行為がないように研鑽すべきだと考える。

この稿では、2013年9月に開催させて頂いた第33回日本性科学会学術集会テーマとして掲げた「性科学から性哲学へ—性科学の守備範囲再考」に添って、「対比と相同—グラデーションとしての性」について、個人における性の健康とは何か、その保持推進のためにどのような枠組みが必要なのかを論じ、問題提起としたい。

1. 生物としてのヒトの性

進化論及び比較解剖学の観点から、ヒトは脊椎動物であり、哺乳類として進化してきたと考えられている。三木²⁾は、1)「個体発生は系統発生を繰り返す」2)「うずまきは宇宙の根源である！」3)内臓感覚—はらわた 4)食と性の相—うちとそと、オトコとオンナ 5)「生命記憶」:「憶」は過不足ない真の「快」の状態 6)永遠回帰と輪廻転生の思想—ということを述べている。ヒトが胎内で発生・成長する10か月の間に、40億年とも言われる生命記憶をなぞって進化して行くという。(図1)。そうやって生まれてきた子どもは一世代進化した動物ということになるので、最新の生物はその時代に適応できる生物として生まれてくる。進化といえは、ヒトの男性器は生殖器と泌尿器が未分化だが、女性の生殖器は高度に分化しており、霊長類だけにあると言われる月経は、日常生活に不便ではあるが、究極の精子排除システムであると考えられている(長谷川³⁾)。このように、性器の違いはあるが、そうした生物学的性差sexよりも、社会的性差であるgenderの差異によって一般に人は一喜一憂しているように思われる。そして、三木の言う「憶」—過不足な

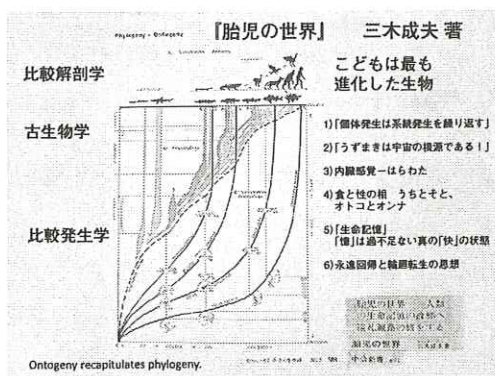


図1

い真の快ということを性に当てはめたとき、あまりに多くの人が快から遠い性を生きてはいないだろうか。出産現場では、産むことが痛みや恐れで語られ、快感として伝承されていないし、医療従事者も性の具現としての出産を性的な快感として受容することを拒み、援助すらしないことがある。そして窺い知れる範囲でのカップルや性の在り方は、女性には性欲がなく性的快感を追求することが何か贅沢であるかのような遠慮の仕方がジェンダーバイアスと共に語られる。もっとも凄惨な性犯罪という現実も、そうした「憶」の達成不足の総体が出されたものと言えるのかも知れない。

2. 性の健康デーに思うこと

2010年にWAS (world Association for Sexuality and Health: 世界性の健康学会)が9月4日を「WSHD: World Sexual Health Day: 性の健康デー」と定めて以来、毎年、関東で国内関連イベントを主催してきた。第1回のテーマは「Let's talk about...An intergenerational exchange: 世代を超えて性を語ろう」第2回は「Youth's sexual health. Shared rights and responsibility: 若者の性 権利と責任を分かち合おう」、第3回は「In a diverse world sexual health for all: 性の健康—多様性に富むこの世を生きるあらゆる人々に—」に基づき、東京大会メッセージ「感性と性感の幸せな関係」、そして2013年には第33回日本性科学会学術集会長をさせて頂き、同時に「第4回 性の健康デー記念イベント」を併催させて頂くことができた。第4回は「To achieve sexual health, picture yourself owing your sexual rights!: 性の健康を達成するために、あなたの性の権利をイメー

ジしよう!」であった。第5回目の今年は、「Sexual health, the wellbeing of sexuality: 性の健康, セクシュアリティが良い状態であること」というテーマで開催予定である。

改めて性の健康Sexual Healthとは何かを考えると、WHOが1975年に定義した健康の定義に照らして「個人の権利としての性欲を健康的に充足したり、性的反応が健康的に起こること」⁴⁾と考えることができる。その内容を突き詰めていくと、性別・年齢によらないニーズに応える性機能障害の診療、性的マイノリティの受容や治療、避妊や人工妊娠中絶のケア、不妊治療、妊産婦の性機能を含めた健康ケア、性犯罪被害者支援など様々なニーズがある。これらは、産婦人科学の教科書ではほとんど扱われていないため、医療現場に従事する個々のジェンダーバイアスによって、これらのニーズが見えにくくなっている可能性があり、医療の対象になっていない部分や、社会的に不当な扱いを受けていることがあることに気づく。

現時点では女性だけに与えられた妊娠・出産・授乳という生殖行為は、避妊・人工妊娠中絶、不妊などと裏腹で社会的要因によって容易に変わるため女性の健康と切り離せない。妊娠していない女性にとって避妊と不妊は紙一重であり、妊娠中は妊娠関連の問題が個人の性と種の保存の性との狭間でせめぎ合う。様々な性の問題に直面して性の本質を探ると、そこには対比と相同、そして連続性を持った多様性がある。性の健康デー記念イベントを開催して、毎年新しい発見があり、性の健康を含めた健康の概念を拡散したいと願っている。

3. 性の健康とその権利

1994年エジプトのカイロで開催されたICPD(International Conference for Population and Development:世界人口開発会議)通称カイロ会議で決議されたReproductive Health and Reproductive Rights:「性と生殖に関わる健康とその権利」⁵⁾は、国連加盟国179か国で批准され日本もその例外ではない。

おりしも、今年2014年はカイロ会議から20年にあたり、見直しの時期となっており、新たな会議が開催されたが、宗教的・政治的な流れもあり、20年前より活気が増しているとは言い難い。ちなみに、世界経済フォーラムが発表している「ジェンダーギャップ指数」の順位が2013年では国連加盟国135か国中日本は105位と低迷している⁶⁾のは、女性の政治参加の低さが主ではあるが、それは性の健康に施策が届かないことにもつながっており、今年は「女性の健康の包括的支援に関する法律案」が提出されているので期待したいところである。

筆者は産婦人科医として避妊、人口問題を専門として、産婦人科常勤勤務の傍ら、低用量経口避妊薬の認可に向けた活動等を通して女性の健康、性の健康に関する啓発活動をしてきたが、「Sexuality and Health:性の健康」という課題は、女性目線で捉えると達成するには未だにあまりにも遠い道のりに見える。男性と女性の何が違うのか、同じなのか、男性・女性で区別することにどれほどの意味があるのか、あるいはジェンダーの偏重はお互いが性の健康を損ねることにならないのかなど、課題は尽きない。産婦人科は性の健康に関わる科とみなすことが出来るが、果たしてその役割をきちんと担うことができいて

るのだろうか。

1) 性の相談外来

性の健康Sexual Healthに含まれるのは、性自認、性別役割認識の追認、性交に関する健康、妊娠・出産等に関する健康などである。2000年に当学会のセックスセラピストの認定を頂いて、2003年から当時の民間所属施設で「性の相談外来」を標榜してきた。2006年からは現職の公的病院での性の相談外来「レインボールーム」を専門外来として開いている。開設当初は、性交痛や未完成婚を中心に診察をしていたが、LGBTの旗印と知らずに外来名に「レインボー」という名称を付けたことで性同一性障害GID: Gender Identity Disorder (DSM-Vでは、性別違和: Gender Dysphoria)の方が多数受診するようになった。私の役割は婦人科診察と私にできる範囲のカウンセリング、FTM/MTFのホルモン療法、SRS術後ケア、そして、2013年1月から始めたSRSとしてのFTMの内摘である。内摘は、ある当事者のニーズに押されて始めたが、研究機関ではない公的病院で開始するまでには約1年の歳月を要した。院内には診療チームがなく、泌尿器科医の医師にMTFの診察を依頼しているだけである。現時点では内摘は保険診療でないことや、院内コンセンサスや当事者ニーズの把握、また院内対応の周知に時間がかかった。産婦人科ではホルモン剤を使用する機会は多いが、男性の体に女性ホルモン、女性の体に男性ホルモンを使用することはなく使用量も異なる。1999年から始まった「性と健康を考える女性専門家の会」では、低用量ピルの認可に向けて活動してきたが、低用量ピルの認可前後では、ピ

ルと言えば副作用と刷り込まれてきたことを払拭すべく、エビデンスをもとに副作用や副作用について学んできただけに、GIDの当事者に反対の性ホルモンを大量に使用することに対して抵抗がなかったわけではない。しかし、心の性と体の性の不一致は、一致していると思っている人が一致させないようにはできないように、一致させろと言われても無理なことであり、現代医療に於いて可能なことは対応したらいいのではないかという思いで始めることになった。2009年にオスロで開催されたトランスジェンダー学会WPATH(World Professional Association of Transgender Health)に参加した経験も大きかった。あれほど心地よい空間はなかったと思えるほど、「性の個性を重んじる」ということを肌で経験したことはなかった。誰もが自分であることに誇りを持ち、自分らしさを主張する。翻って日本の女性は自分の性の健康を保っているのだろうか、自分らしい性的快感を伴った出産ができているのだろうか、とさらに考えるようになった。そもそもヒトの体は男性と女性に完全に分かれるのではなく、図2に示すように性分化疾患を含めて様々な状態がある。

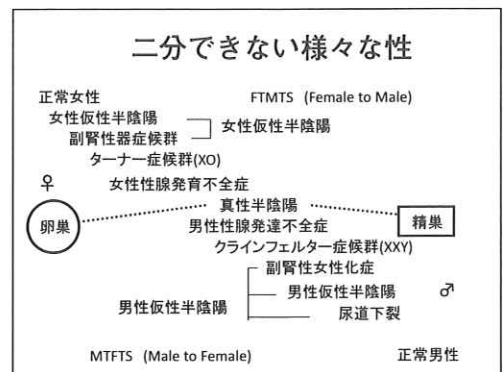


図2

2) 妊娠・出産は性的なことかどうか、という議論

性交は性的なことだが、出産は性的なことではない、と言われることがあるがそうだろうか。性とは生殖であり性器を使うことなのだから、性交と生殖もまた相同であると考えることができるのではないだろうか。男性にとっては性交・射精が生殖であり、快感を伴う行為であるならば、その結果妊娠して排出する女性の出産も快感を伴う生理現象であってもおかしくない。実際、産婦の語りには出産の快感を語っている⁷⁾。妊娠・出産はできないが、性交においてもパートナーのオーガズムも大事であるように、出産の間接的な受益者はパートナーの男性なのではないだろうか。それはDNAを受けついだ子どもが生まれるということだけでなく、男性にとってのパートナーが出産するという、ある意味壮絶なオーガズムを迎える瞬間に居合わせるかどうかということだと考えることができる。しかし、一般には、出産は巧妙に「性」の括りから外されている。(Bancroft, 2007⁸⁾)。しかし、出産はオーガズムであるとする言説もある(オダン, 大野訳⁹⁾)。

妊娠、出産が性的なことではない、と考えるのは、性欲をかきたてるかどうかだが、そういう性嗜好も存在する。つまり、妊娠中の生殖行為は不要だが、生殖類似行為としての性行為はありうるし、性器を使って妊娠していること自体が性であるともいえ、男性目線の性的対象か否かという語りは不要である。

性行為の中で乳房や乳頭に与えられる刺激が性的な刺激だとするならば、乳児の吸吮も同じく性行為と考えることができ、ここでは性と生が一致する。月経痛と、妊娠した子

宮が射精された精液のプロスタグランディンで収縮するのと、陣痛は何か特別に違う神経支配があるのか、同じものなのか。このような視点は男性から見れば奇異に思えるかもしれないが、妊娠する女性から見れば一連の変化に過ぎない。それは性と生殖に関わる生理現象だと考えて無理はないのではないだろうかという論点につながる。

3) 性同一性障害、性別違和の診療を通して見たこと

性別違和の当事者にも当然のことながら多様性がある。一人として同じ人はおらず、また一人の人でも状況に応じて性のニーズが変化するためである。妊婦健診でも同じことが言える。妊婦だからといって性を固定したものと思ひ込むのは、セクシュアリティの理解が不足していることになるだろう。それは、妊婦を見る環境でも同じことである。妊娠しているからといって婦人科診察に抵抗がないことにはならない。妊娠したことによって自分の性を受け入れがたく感じる妊婦も少なくない。ある妊婦は、女の子を前にして授乳をためらっており、「男の子だったらあげられるのですが…」といった。この言葉は、新生児に対してジェンダーを意識した強烈なホモフォビアととらえることができる。この事例を通して、普段見過ごしてきたジェンダー意識がどこで発揮されるかは個人のセンシティブティに拠ることを学んだ。出産経験があれば内診も恥ずかしくないだろうとか、結婚しているから性的パートナーは一人だろうと勝手な推論をするのは、性の診療をするプロフェッショナルとしては認識不足とみなされても仕方がない。

4) 性機能障害に対する医療

性の健康に関わる主な科には、精神科、泌尿器科、産婦人科、形成外科などがある。それぞれの科には、もちろん性に関わらない部分もあるが、精神的なことや疾患の性質と性に関係している可能性があり、性の健康を意識した診療体系の見直しは今後の課題と考えられる。また未婚や、膣瘻、セックスレスなど様々な性の問題に向き合ってみると、そこには手つかずの様々な問題があり、専門外来の少なさは医療の中で「性の健康」にはあまり関心が払われていないことを示している。さらに、内科や外科など、性の健康と関係が少ないと思われる科でも、糖尿病のEDや、外科での肛門内異物の対処など、性に関する問診や知識も総合的に充実してしかなるべきであろう。

2013年には、汐見台病院で院内コンセンサスを得てFTMの内摘を開始した。院内には判定会議はなく、「神奈川ジェンダー懇話会」(代表 松永 早乙女)という外部機能に頼っている。公的病院では自費診療を行いにくい一方で、国内で手術をする場所がないことで医療ツーリズムの形で国外へ当事者が手術を受けに行くのを見過ごす不作為も問題である。当院では筆者が赴任した7年前から徐々に性相談のニーズに対する院内スタッフの理解を得たことや、当事者の熱い期待に後押しされて始めた。医療として当然の処置と位置付ければ、良性疾患で取らなくても済む子宮を取ってしまう医療が保険診療で認められているくらいだから自費診療であること以外に問題は見当たらない。できないとするならば、性の健康が軽んじられているが故の委縮医療と言えるのではないだろうか。

5) 避妊・人工妊娠中絶の医学

生殖に関することが性の一部であるならば、避妊・人工妊娠中絶も性の重要な要素であり、先進諸国では日本よりはるかに多くの避妊の手段が確保されている。すでに欧米では避妊はLARC (Long acting reversible contraception) の時代に入っており、日本のようにピルかコンドームかの論争など陳腐である。若い女性の避妊でもIUS (Intrauterine System: 子宮内) 避妊システムMirena)であったり、ホルモン附加の膣内リング (NUVARING)、注射法 (Depo-provera)、埋め込み法のNorplantなど、女性が自分自身で利用できる確実に継続的な方法が主となっている¹⁰⁾。すでに認可されている緊急避妊ピルの普及や、国によってはOTCであるOC (oral Contraceptives: 経口避妊薬)、そしてまだ日本では認可されていない中絶ピルであるミフェプリストンなども、女性の性の健康を保持するためには早急に適切に導入されるべきである。名称がないことが概念の定着を阻むと考え、院内での「避妊・中絶ケア総合センター (仮)」設置に向けて働きかけている。

性を享受するということを諦めた日本では、女性に対しては性交を断ることや、男性についても控えることが推奨される教育がなされ、それすらも否定する向きもある。このことは社会全体が性の健康に関して消極的であると言え、その一方で犯罪的な児童ポルノや同意のないまま制作されるアダルトビデオなど性の搾取が氾濫している。大人が性の健康を享受しようとするとき、こうした犯罪しか思いつかないとしたらそれは性の不健康でしかない。

2. 性科学と性哲学

日本性科学会は日本医学会に登録された学会であるが、産婦人科でもその存在を知らない医師は多い。ある産婦人科の重鎮は、「性科学は学問ではない」と言い放ったが、その無知は本来恥じるべきことであり、少なからず性に関わる医療に携わるものとして不遜なことである。このことは医学の領域の中で性科学の位置づけが曖昧であることを端的に示しており、本来は医学教育の中に組み込まれるべき事項である。海外では大学によっては医学部の中に性科学の講座がある。性の健康は、食の健康や睡眠欲の充足と同様に誰にとっても重要な健康の一部であり、医療はその健康を保つ使命を担うと考える。

性哲学sexosophyという言葉は、1986年に書かれた‘VENUSES PENUSES-SEXOLOGY SEXOSOPHY AND EXIGENCY THEORY’ というジョン・マナーの本にある¹¹⁾が、論文として使用されているものは見当たらない。マナーは、「体の倫理に対するそれぞれの分野の適切な用語はないので、それぞれの倫理観にもとづいた概念を借用するしかない。体の知識は、それぞれの経験に基づくエロティシズムやセクシュアリティによって得られる原理原則や知識によって集合的に擦り合わされるものである。個人的であれ分かち合えるものであれ、文化によって伝達された価値観を含む。そして、それは歴史性、地域性、宗教性、民族性、そして発達するものであり、一生の問題でもある。」と述べている。

Pubmedで検索すると2014年3月の時点でSexual Philosophyで7924件集めることができる。内容的にはSTI, LGBT, 術後の性機能障害、性産業に関わることなどに分類でき

る。性に関することは、宗教的、社会的なモラルとして、法的にも、社会的にも暗黙の規制がかかっている。性について話す機会はあまりなく、知識も乏しいまま大人も過ごしている。あらゆる分野で、知識が乏しいことが不利であるのと同じように、性の分野も知識がないことは性の健康を守るのには不利になると言えるのではないだろうか。多様性について知らなければ、他者を容認することは難しい。豊かさについて知らなければ楽しみようがない。そして、何が他者を傷つけるのか知らなければ、加害・被害という悲劇を生む。少なくとも専門家がその領域を把握して提示することは、一般の人の利益となり性の健康を促進することにも役立つだろう。

3. 対比と相同

1) 比較解剖学的見地

尿生殖洞から別れた男性器と女性器は基本的に相同である。男性は、SRY(sex determining region Y: Y染色体決定領域)遺伝子により男性化の道をたどり、女性には本来の分化をする。男性器が、泌尿器と生殖器を未だに共有していることは進化の過程で大変興味深い。節約なのか、メンテナンスのために便宜上そうしているのか。一方、女性器では、泌尿器と生殖器は完全に分化している。月経という霊長類のみに起こる精子排除機能は、年中発情期でしか子孫を作れない高度に発達した脳に楽しみという刺激を与えるのに役立つ一方で、妊娠を回避し過ぎて月経トラブルに悩まされる女性が増加していることは、残念なことである。

その性器の対比と相同を鑑みて性交を見直すと、性機能障害の治療のヒントが隠され

ている。性反応はマスターズ・ジョンソン¹²⁾によると、男女とも4段階あるが、高校生にも教えられていないため、結局ほとんどの大人は大人になっても学ぶ機会がなく、知らずに何となく性交をしているので、女性にオーガズムがなくても気にしないばかりか、性交は痛くても我慢するものだということでもない勘違いのまま人生を終えることすらある。妊娠する側、差別の対象となる女性性に注目すると、古事記をベースにした桐野夏生の「女神記」¹³⁾にあるように逃れられない定めのようなものを後生大事に抱えることになるだろう。性反応は、興奮期・高原期・オーガズム期・回復期に分かれ、それは男女ともにある、とされている。その中でもマルチオーガズムは女性の特権のように語られてきたが、最近では性具が発達し、前立腺刺激により男性でもドライオーガズムとしてのマルチオーガズムを得ることができるという。ますます男性・女性の垣根は低くなりつつあり、性は個人のものとしての可能性が広がっているのかも知れない。

トランスジェンダーの場合の性欲と性反応は、性器の反応に準ずるか、SRS後であれば、作成した性器によると考えられるが、いずれにしても、ペニスまたはクリトリスの勃起に準じたものを指すことになるだろう。その視点では、男性か女性かという性差は逆転を含めてグラデーションとなり、いずれでもない性反応を定義するのは困難であると考えられる。つまり、二項対立を否定しても曖昧さやグラデーションあるいはバリエーションであっても、オスのあるいはメスの部分を完全に否定しては性反応は意味をなさない。

2) 性の健康とは、生殖の健康ではない

1994年のRHR(Reproductive health and Rights : 性と生殖に関わる健康とその権利)から、生殖の権利ばかりを念頭に置いてきた(我妻¹⁴⁾、早乙女¹⁵⁾)が、最近では個人のものとしての性の権利、すなわちSexual Healthを中心にするべきであると考えている。生殖の健康ももちろん大事だが、生殖はますます性行為から切り離されており、切り離した方がより健康的である場合も考えうる。そもそも性欲は個人のものであり、コミュニケーションによって交渉したり、癒し合うなど協働するだけのことである(図3)。誰もが個としての自分をどう生かすかしか考えていない、という極論を展開すれば、性の権利を搾取するのは女性側が有利なのかも知れない。

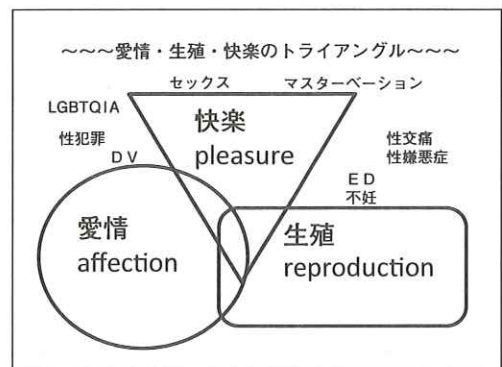


図3

おわりに

性の多様性は、総体としての世論の中にも、個人の歴史の中にもあるのだろう。その多様性に対応して性の健康を守る支援を、医療を通してこれからも行っていきたい。その際、医療が過度に介入することにも慎重であるべきだろう。

性欲は個人のものであり、性の権利も個人

のものである以上、性的マイノリティとはどこにもない誰かであるすべての各個人だということもできるのではないだろうか。生殖の性で考えれば有性生殖であるヒトは、オスとメスの括りから逃れきることはできないが、子孫を産み育てる生殖の性の部分も価値観の変容や性交との分離が進んでおり、性哲学の発展がますます期待される。

文 献

- 1) フリードリッヒ・ニーチェ. 氷上英廣訳: ツァラツストラはこう言った. Friedrich Nietzsche 'Also sprach Zarathustra'. 岩波文庫, 108-122.
- 2) 三木成夫: 内臓とところ. 河出文庫, 2013.
- 3) 長谷川真理子: 動物の生存戦略—行動から探る生き物の不思議. 放送大学叢書, 2009.
- 4) WHO http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
- 5) ICPD <http://icpdbeyond2014.org/rights-development>
- 6) 世界経済フォーラム
<http://www.weforum.org/>
- 7) きくちさかえ: みんなのお産—39人が語る「お産といのち」. 現代書館, 2014.
- 8) John Bancroft: Human Sexuality and its Problems. Churchill Livingstone, 2009.
- 9) ミシェル・オダマン, 大野明子訳: プライマルヘルス. メディカ出版, 1995.
- 10) 国際家族計画連盟 IPPF <http://www.ippf.org/>
- 11) John Money: VENUSES PENUSES Sexology Sexosophy and Exigency Theory: 568-579, Prometheus books, NY, 1986.
- 12) Masters and Johnson: Human Sexuality: Pearson Scott Foresman, 3rd, 1988.
- 13) 桐野夏生: 女神記. 角川文庫, 2008.
- 14) 我妻 堯: リプロダクティブヘルス. 南江堂, 2002.
- 15) 早乙女智子: 保健体育のおさらい. 自由国民社, 2011.

第33回「日本性科学会学術集会」特別講演記録

仏教哲学からみた性—仏典は性をどう語ったか—

高野山大学

前谷 恵紹

○「性」ということは

漢字の「性」は『大漢和辞典』によれば、
①さが、生まれつき ②もちまえ、ものの
本質 ③生命 ④生活 ⑤姿かたち ⑥五
行 ⑦姓 ⑧心がうごく ⑨しやう(あい
しやう=相性) ⑩男女の種別, sexの訳語
⑪性欲となっている。

英語で「性」に相当する語はsexであるが、
これはラテン語のsexusに由来し、フランス
語のsexeも同様で、基本的には①性別(男
女・雄雌の区別) ②性器 ③性欲・性交を意
味する。ドイツ語では「性」に相当する語は
Geschlechtで、基本的に①種・種類(属・族)
②男女の別 ③姓・一族 ④世代・一代(通
常30年)等の意味を持っている。

仏教の古典語(パーリ語・サンスクリッ
ト語)では、sexに該当する語は様々で、例
えば〈性別〉に関係する語として、女性は
itthibhava (Skt. stribhava)「女性存在」で、男
性はpumbhava (Skt. pu/bhava)「男性存在」
である。〈性器〉では、lixgaが「男根、記号、
標識」で、bhagaが「女性器、幸福、恋の楽
しみ」等を意味し、〈性交〉はmethunaまたは
maithunaで、中性名詞としては「性的結合、
性交、結婚、交尾」を意味するが、その語根
は√mithで「仲間になる、一対になる」とい

う意味を持つが、これとは逆に「衝突する、
口論する」などの意味で用いられる場合があ
る。

しかし、仏教はもともと「五欲」(pāca-
kama)というものを立て、性欲や性行為だけ
を否定するのではなく、眼・耳・鼻・舌・身
の五つの感覚器官による欲望を否定する立
場を取っていたが、後に大乘に入り、『華嚴經』
などではより現実的・具体的な五欲が説かれ
ることになる。その五欲とは、「財欲」「色欲」
(性欲)「飲食欲」「名譽欲」「睡眠欲」であるが、
仏教ではこの意識から生じる欲望(kama)は
無論のこと、意識に関係なく身体が生命の維
持のために生じる〈のどの渇き〉であるtāhā
(skt. t32zq) さえも否定するところに特徴があ
る。

これは、釈尊(ブッダ)によって創始さ
れた仏教という宗教体系が、「死を肯定す
る」ところから出発したからと言っても過
言ではないからである。それは、仏教にお
ける最古の經典とされる『スッタニパータ』
(Suttanipāṭa)「つとめはげむ經」における次
の一連の偈頌が物語ってくれているであろう。

血が涸れたならば、胆汁も痰も涸れるで
あらう。

肉が落ちると、心は益々澄んでくる。

わたしの想念と智慧と、精神統一とは、
益々安定する。Sn. G.434

その為、わたしはこのように、
最大の苦痛を受けている状態にあるから、
私の心は欲望などにとりつかれることは
ない。

専心することの清らさをみよ。Sn. G.435
お前の奥底にある一番目の軍勢が愛欲で
あり、二番目が不安であり、
三番目が飢渴であり、四番目が渴望であ
るといわれる。Sn. G.436

お前の奥底にある五番目の軍勢が引きこ
もりと怠けであり、
六番目が怖がることであり、七番目が疑
うことであり、
八番目が虚飾と傲慢であると言われる。
Sn. G.437

また、よこしまな利益と名声と尊敬を得
たものは、
その名誉によって自分を褒め称え、他を
軽蔑する。Sn. G.438

ナムチよ、これらはお前の軍勢である。
黒き魔の攻撃軍なのだ。
勇者ではないものが、それ(黒き魔)に
うち勝つことはできない。

勇者は、うち勝って安楽を得る。Sn. G.439
この私が、戦いの場でムンジャ草を携え
ている(白旗をあげる)だろうか？

ここで、命がいとおいしいなどと思うものか！
私は(心奥にある)戦いに負けて生きな
がらえるなら、

死んだ方がましだ。必ず勝ってやろう！
Sn. G.440

釈尊はこうして死を覚悟して悪魔と闘い、
悟りへとむかうのだが、仏教が「死の肯定」

を前提としているとは言っても、それは仏教
の根幹をなす「慈悲」が根底となっているこ
とを忘れてはならない。

○慈悲について

「慈悲」について、『スッタニパータ』「慈
しみの経」では次のようにある。

吉祥なる目標を持って、まさにその安ら
ぎの境地に向かう者にとって、
なすべきことは次のとおりである。

前向きで、正直で、率直で、言葉つつし
み、柔軟で、自惚れがなく、Sn. G.143
いのちあるものはみな、怯えているもの
でも強いものでも、余すことなく、
長いものも、大きなものも、中くらいの
ものも、短いものも、微細なものも、
あるいは粗大なものも、Sn. G.146

目に見えるものも、見えないものも、遠
くに住むものも、近くに住むものも、
すでに生まれたものも、生まれようと望
むものも、—

全てのものは、安楽であれ！Sn. G.147
あたかも、母が自分の独り子を命がけで
守るように、

ありとあらゆる存在においてもまた、
このようにはかり知れない心持でありな
さい。Sn. G.149

そして、あらゆる世界のただ中であって、
はかり知れない慈しみの心でありなさい。
上にも下にも、また横にも分け隔てなく、
恨むことも競い合うことなく、Sn. G.150
立っていても、歩いていても、坐してい
ても、また臥していても、

眠らずにいる限りは、この慈しみの心を
しっかりと保ちなさい。

この世では、この状態を、最高の境界と呼ぶのである。Sn.G.151

このように、釈尊にもし女性蔑視の考え方があったとしたら、「慈悲」(mettā, Skt. maitrī) という心のはたらきを「独り子を命がけで守る母のあり方」に譬えるわけがない。事実、初期仏典を見る限りにおいて、釈尊が女性は悟れないとか、不浄であるというような女性を蔑視したようなことばを発した記事は全く見出されないのである。

○仏教と女性差別の問題

『ヴィナヤピタカ』「チューラヴァッガ」(Vinaya-Piṭaka, C[lavagga]) では、釈尊の乳母であったマハーバジャーパティーゴータミーが出家することを躊躇し、アーナンダの懇願によって、比丘とは別の八敬法を遵守するという条件付きで出家させたという物語が伝えられており、この記事をめぐる仏教における女性差別に関わる問題が取り沙汰されて来た。

この記事がどれだけの史実を伝えているかどうかの問題は別として、『ヴィナヤピタカ』という律の集成は『スッタニパータ』からするとかなり後代に成立したものであり、この律典が釈尊在世当時の教団の様子をどれだけ正確に伝えているかどうかは疑わしい。そして、この記事をめぐる故梶山雄一博士(京都大学名誉教授)が次のような見解

を示してくれている。『「仏教の女性観」『空の思想 仏教における言葉と沈黙』人文書院1983)

これは、…中略…ブッダが女性の出家を許可することをためらったことを物語っている。

しかし、そのためらいは女性が悟りを得られないということのためではなく、将来、比丘と比丘尼の教団の間、仏教教団と一般社会との間に問題が起きるであろうことをブッダは懸念しなければならなかったためである。…中略…この出来事は、ブッダの女性差別を示すものと解釈すべきではない。女性は男性とは異なり、阿羅漢になることができないとか、女性は、その本性上、決して涅槃を得ることができないとか、ブッダは一言ですらも語ったことはなかったからである。

それにも拘わらず、大乘教団が成立すると、状況は変化する。例えば、『法華経』「提婆達多品」などでは、女性は梵天・帝釈天・魔王・転輪聖王・仏にはなれないとする「五障」が説かれるようになり、『スッタニパータ』に説かれたいわゆる「慈母」は『華嚴経』や『大乘心地観経』に至ると、慈しみの父たる「慈父」にとって替えられることになり、密教の時代にはいと仏の呼称としての「慈母」という語は消失してしまうのである。

原 著

セクシュアル・マイノリティにおける 生殖補助医療に対する意識調査

京都大学医学部人間健康科学科

村田 藍, 川崎妃香里,

菅沼 信彦

Consciousness investigation for assisted reproductive technology among sexual minorities

Department of Human Health Sciences,
Kyoto University School of Medicine

MURATA Ai, KAWASAKI Hikari,
SUGANUMA Nobuhiko

抄 録

近年、同性愛者や両性愛者、性同一性障害者などの性の多様さが広く認識されつつある。しかし、セクシュアル・マイノリティの恋愛や生殖を含めた生活上の課題の解決が望まれながらも、支援者が現実を把握すること自体が難しい状況にある。そこで今回、大学生を対象に、セクシュアル・マイノリティに対する生殖補助医療の可否に関するアンケート調査を行った。742人の学生(男性183人、女性559人)より回答を得た。セクシュアル・マイノリティに対する生殖補助医療の適応は、45.3%が「賛成」と答え、「反対」は8.8%のみであった。特に同性への恋愛感情の経験がある群(65人)や周囲のセクシュアル・マイノリティの存在する群(168人)では、「賛成」が各々53.8%、54.8%と高率を示した。しかしながら「わからない」という回答も多く、具体的にセクシュアル・マイノリティの存在をイメージしづらい状況であることが推測された。自分の経験やセクシュアル・マイノリティとの関わりの中で、彼らの生活や生き方を目の当たりにし、理解や親しみが生まれ、肯定的な意見につながっていくと推察された。法律や教育カリキュラムなどの整備と同時に、社会全体での受容的態度が必要となってくると考えられる。

キーワード：セクシュアル・マイノリティ、生殖補助医療、性指向、同性愛者、性同一性障害

Abstract

In recent years, the diversity of human sexuality and sexual orientation is being widely rec-

ognized. However, it may be difficult for a supporter of the social rights of sexual minorities not only to understand the associated problems, including reproduction and love, but to grasp the reality of their lives. From the point of view of reproductive medicine, we investigated the awareness of sexuality and reproduction among 742 university students (183 males and 559 females) in Japan. For the use of assisted reproductive technology by sexual minorities, a majority expressed a positive opinion (45.3%) and a negative opinion was obtained from only 8.8%. It was revealed that the visible presence of sexual minorities and the experience of holding amorous feelings for the same sex have affected respondents' thinking and opinion of them. Because an answer of "I don't know" was also common, this fact suggests that it is hard to imagine the needs and preferences of sexual minorities accurately. In their relationships with the sexual minorities around them, and their own experience, young people witness a view of their way of life, and consequently they would have gained a familiarity and understanding of them and led to a positive opinion.

Keywords: sexual minority, assisted reproductive technology, sexual orientation, homosexual, gender identity disorder

緒 言

近年、同性愛者(ゲイ・レズビアン)や両性愛者(バイセクシュアル)、性同一性障害者(トランスジェンダー/トランスセクシュアル)などといった性の多様性が広く認められつつある¹⁾。最近では、テレビや雑誌などのマスメディアにおいて同性愛が取り上げられたり、「おネエ系」とよばれるタレントが活躍したりと、以前よりも身近に感じることができ親しみやすくなったといえる。しかし、親しみやすくなったことが必ずしもセクシュアル・マイノリティの理解につながるとはいえない。テレビや雑誌では、彼らの恋愛や生殖を含めた生活上の苦悩は映し出されることは少なく、ひとつのキャラクターとして世間に捉えられているにすぎない。そのため、実際にセクシュアル・マイノリティは、社会との関係や法律などの制度において「生きづらさ」を語っている。

海外では、同性婚やシビルユニオン、ドメスティック・パートナーなどの登録パートナー制度、同棲による保障が導入されている。このように、特にヨーロッパ諸国やアメリカでは同性カップルに対しての受け入れが進んでいるといえ、同性カップルの婚姻や子どもをもつことに対して批判的な意見が存在する²⁾ものの、同性カップルが生殖補助医療を利用して子どもをもつことも珍しくなくなりつつある^{3,4)}。一方日本では、生殖補助医療の適用は婚姻している夫婦、つまり異性のカップルに限られており、諸外国のように同性カップルが子どもをもつことは困難である。今後、日本でもセクシュアル・マイノリティの受け入れが広まり、同性カップルが恋愛し、婚姻、出産を望むようになることが予想される⁵⁾。そのためには、法制度の整備および社会の受け入れが必要となる⁶⁾。それらを進めるためには、まず社会の意識を把握

することが必要であると考えられる。そこで、生殖医療の観点から、大学生を対象に調査を行うことで、日本における若者の性や生殖に対する意識について分析したので報告する。

方 法

4年制または6年制大学在学中の大学生1,371名を対象にリクルートし、研究に承諾を得られた742名(回収率54.1%)に選択式ならびに一部記述式の質問用紙を配布・回収した。

調査項目は(1)属性(性別、年齢、学部、学科)、(2)性に対する認識・考え方(性自認、性指向、同性に対して恋愛感情を抱いた経験の有無・カミングアウト、周囲のセクシュアル・マイノリティの有無・関係、セクシュアル・マイノリティの存在に対する考え方)、(3)生殖に関する意識(セクシュアル・マイノリティが生殖補助医療を利用することへの賛否とその理由)、とした。

性・生殖、人間関係に関する各質問項目について、同性間での恋愛経験や周囲のセクシュアル・マイノリティの存在の有無によるセクシュアル・マイノリティおよび彼らにおける生殖補助医療の利用に関する考え方や意見の違いを比較検討した。統計処理はMicrosoft Excel 2007, JMP10.0.2を用いて行った。

結 果

1. 対象者の属性

回答者は24大学に在籍し、年齢は18～38歳(平均20.4歳)であった。男性が183人(24.7%)、女性が559人(75.3%)で、所属学部は理科系が573人(77.2%)、文科系が169人

(23.8%)であった。

2. 性に対する認識・考え方

(1) 性自認

性自認に関しては、男性において6人(3.3%)が「自分を女性として認識している」と回答し、女性においては7人(1.3%)が「自分はどちらの性別でもない」と答えた。

(2) 性指向

男性において、恋愛対象が「男性である」との回答が6人(3.3%)、「性別を問わない」が3人(1.6%)に見られた。女性では、恋愛対象が「女性である」が1人(0.2%)、「性別を問わない」が10人(1.8%)で回答された。

(3) 同性に対して恋愛感情を抱いた経験の有無とカミングアウト

同性に恋愛感情を抱いた経験を有する例が65人(8.8%)存在した。カミングアウトに関しては、対象として「家族」が3人(4.6%)、「相手」が15人(23.1%)、「友人」が30人(46.2%)、「誰にも告白していない」が17人(26.2%)であった。

(4) 周囲のセクシュアル・マイノリティの有無と関係

自分の周囲にセクシュアル・マイノリティが存在すると回答した例が、168人(22.7%)であった。その関係性は「友人」が102人(60.7%)、「知人」が51人(30.3%)、「兄弟姉妹」が3人(1.8%)、「親戚」が1人(0.6%)、「その他」が11人(6.5%)であった。

(5) セクシュアル・マイノリティの存在に対する考え方

周囲のセクシュアル・マイノリティに対し、「不満・不快」とするものが7人(0.9%),「あまりよく思わない」が76人(10.2%),「特に気にしない」が566人(76.3%),「支持する」が53人(7.1%)となった。

これらの感情は、同性に恋愛感情を抱いた経験によって傾向に違いが見られた(図1)。恋愛感情を抱いた経験がある群(65人)では、「あまりよく思わない」と7人(10.9%)が答えたのみであり、「支持する」との回答が11人(16.9%)で見られた。これに対し、同性に恋愛感情を抱いた経験がない群(651人)においては、「不満・不快」・「あまりよく思わない」とする回答が76人(11.7%)に見られ、「支持する」とした人は44人(6.8%)のみであった。同様に、自分の周囲にセクシュアル・マイノリティが存在する例(168人)では、「不

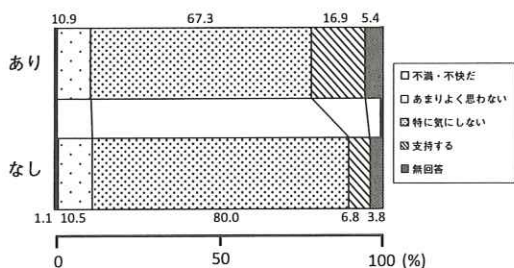


図1 同性に恋愛感情を抱いた経験と、セクシュアル・マイノリティに対する意識

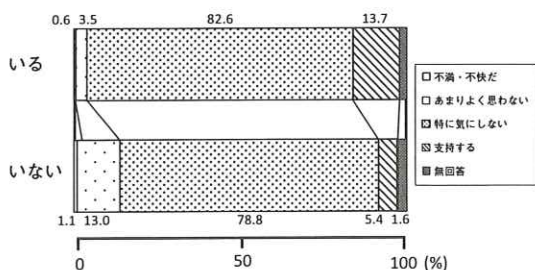


図2 周囲のセクシュアル・マイノリティの存在と、セクシュアル・マイノリティに対する意識

満・不快」・「あまりよく思わない」と答えた人が7人(4.2%)のみで、「支持する」が23人(13.7%)にのぼった(図2)。反対に、自分の周囲にセクシュアル・マイノリティが存在しない場合(534人)では、「不満・不快」・「あまりよく思わない」との意見が75人(14.0%)に見られ、「支持する」は29人(5.4%)のみであった。

3. 生殖に関する意識

(1) セクシュアル・マイノリティが生殖補助医療を利用することへの賛否

セクシュアル・マイノリティにおいて、人工授精や代理出産などの生殖補助医療の利用が認められることについて、「賛成」は336人(45.3%),「反対」は65人(8.8%),「わからない」は314人(42.3%)であった。

これらの意見は、同性に恋愛感情を抱いたことのある群で「賛成」は35人(53.8%),「反対」は5人(7.3%)であったのに対し、抱いたことのない群では「賛成」が298人(45.8%),「反対」が60人(9.2%)を示した(図3)。さらに、周囲にセクシュアル・マイノリティがいる群では「賛成」が92人(54.8%),「反対」が18人(10.7%)であり、いない群では「賛成」が235人(44.0%),

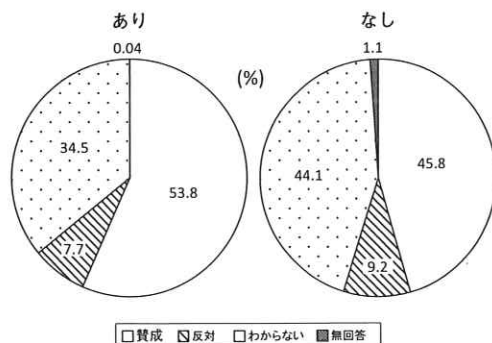


図3 同性に恋愛感情を抱いた経験と、セクシュアル・マイノリティにおける生殖補助医療の利用に対する意見

「反対」が46人(8.6%)と両群間では明らかな差があり($p<0.01$), 周囲にセクシュアル・マイノリティが存在することにより, セクシュアル・マイノリティに対する生殖補助医療の利用に対して肯定的であると考えられた(図4)。

(2) 賛否の理由

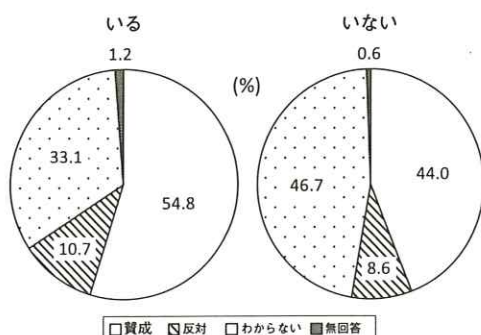


図4 周囲のセクシュアル・マイノリティの存在と、セクシュアル・マイノリティにおける生殖補助医療の利用に対する意見

賛成の理由においては, 賛成意見として「誰でも親になる権利がある」が一番多く見られた(表1)。同性への恋愛感情の経験や周囲のセクシュアル・マイノリティの有無との相関はなかった。一方, 反対の理由については「偏見やいじめなど社会的問題が生ずる」が最も高率で, 「親は異性のカップルであるべきである」, 「子どもの性に影響を与える」という理由において, 周囲のセクシュアル・マイノリティの有無により有意差が認められた(表2)。

4. 学部間の差異

周囲のセクシュアル・マイノリティの存在への感じ方, セクシュアル・マイノリティが生殖補助医療を利用することに対する賛否において文系学部の学生と理系学部の学生

表1 セクシュアル・マイノリティが生殖補助医療を利用することに賛成する理由(%, 複数回答)

	全体	同性に恋愛感情を抱いたことが		まわりにセクシュアル・マイノリティが	
		あり	なし	いる	いない
誰にでも親になる権利がある	63.6	66.7	62.8	56.4	66.4
カップルの性別よりそのカップルが親としての役割を果たせるかどうか重要であると思う	62.7	50.0	65.1	66.0	62.1
生殖補助医療は子どもを望む人々に広く利用されるべきである	28.6	23.3	28.9	28.7	28.2
カップルの性別が子どもの成長に影響を与えることはないと思う	9.0	10.0	9.2	13.8	7.5
その他	2.6	3.3	2.6	4.3	2.1

表2 セクシュアル・マイノリティが生殖補助医療を利用することに反対する理由(%, 複数回答)

	全体	同性に恋愛感情を抱いたことが		まわりにセクシュアル・マイノリティが	
		あり	なし	いる	いない
偏見やいじめなど社会的問題が生じると思う	53.0	50.0	54.1	36.8	59.6
生殖補助医療は不妊症の方のためにあるべきである	40.9	25.0	42.6	31.6	44.7
生物学的に同性カップルが子どもをもつことはおかしいと思う	27.3	25.0	27.9	36.8	23.4
親は異性のカップルであるべきである	24.2	50.0	21.3	15.8*	27.7
子どもの性に影響を与えると思う	21.2	0.0	23.0	5.3**	27.7
その他	16.7	50.0	14.8	31.6	10.6

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

で有意差はなかった。セクシュアル・マイノリティによる生殖補助医療の利用について、「賛成」への回答は経済学部(75.0%)、国際学部(61.1%)において高値を示し、総合人間学部、農学系学部、文学部、社会／政治学部で半数を超えた。「反対」への回答は薬学部(50.0%)、総合人間学部(27.3%)で高い割合を占めた。所属学部間では、いずれの回答についても学部に特有の意識や思考特性が存在する傾向はみられなかった。しかし、自由記述欄での意見としては、芸術学部及び国際学部において「セクシュアル・マイノリティに対する偏見を早急になくす努力が必要であり、性のあり方は社会においてより広く認められるべきである」との考えが多くみられた。

考 察

現在においても、セクシュアル・マイノリティについて不満・不快感を示す大学生が一定数あり、「いろいろな性」の捉え方に個人差があると考えられる。また、従来の教育及び社会制度により異性愛が正常であるとの認識が依然として強く、性の多様性について教育を受ける機会及び社会的認知度が著しく低い可能性が示唆される⁷⁾。その結果、「子育てには男女両性の親の存在が必要だと思う」に関しては、回答者の家族構成及び生育環境に関する意識の相違が反映されていると考えられるため断定出来ないが、ひとり親家庭や同性カップルでの子育ては、異性カップルでの子育てとは異なり不十分であると捉えている者は少なくないといえる。諸外国においては、レズビアン・マザーやゲイ・ファザーによる子育てが広がりつつある⁸⁾が、日本では同性カップルによる婚姻及び第三者

の子どもを養子にすることが法律で認められていないことにより、そのような例が存在していても大々的に取り上げられることはほとんどないために、日本社会において同性カップルによる子育てという概念が欠如していたり、当事者にとっても目指すべきロールモデルが見出しづらかったりする可能性が示唆される⁹⁾。

本研究において、セクシュアル・マイノリティにおける生殖補助医療に対する意識は対象者周囲のセクシュアル・マイノリティの存在によって左右され得ることが考えられた。周囲のセクシュアル・マイノリティとの関わりがある人は、少なからず彼らの生活や生き方を知っており、彼らへの理解や親しみをもっていることが肯定的な意見につながっていると考えられる。このことから、周囲にセクシュアル・マイノリティがいることで、同性やトランスジェンダー／トランスセクシュアルなどセクシュアル・マイノリティのカップルを具体的にイメージできたのではないかと推察される。なお、同性に恋愛感情を抱いた経験が生殖補助医療への賛成として現れなかった理由として、セクシュアル・マイノリティとして生殖補助医療を利用する立場に立ったために、日本における現段階での生殖の限界を感じた可能性があると考えられる。また、周囲のセクシュアル・マイノリティの存在や同性に恋愛感情を抱いた経験の有無にかかわらず、反対の理由として「偏見やいじめなど社会的問題が生じると思う」が最頻であった。毎日のようにいじめや差別に関するニュースが流れる日本の社会の現状から、社会的問題が生じる可能性を考え、セクシュアル・マイノリティによる生

殖補助医療に反対したと考えられる。

結 論

性・生殖、人間関係に関する考え方について、大多数が性のあり方の多様性を認める一方で、従来のジェンダー規範に基づく意識を持っているものが未だ多く存在していることが示された。若者の中で従前の性意識からの脱却が図られるとともに、依然として残る保守的な性や婚姻・人間関係への考え方も垣間見られたことから、現代日本における社会状況や既存の教育制度の形成してきたものが反映されたといえる。セクシュアル・マイノリティの存在や彼らによる生殖補助医療の利用については、肯定的な意見が大多数であった一方で「わからない」という回答も多く、セクシュアル・マイノリティの存在が具体的にイメージしづらい状況であることが考えられた。自分自身の経験やセクシュアル・マイノリティとの関わりの中で、彼らの生活や生き方を目の当たりにしたことで、彼らへの理解や親しみが肯定的な意見につながっていることが考えられた。

今後一層の変化を遂げると予想される性や生殖のあり方について、法律や教育カリキュラムなどの整備と同時に、社会全体での受容的態度が必要となってくると考えられる。

文 献

- 1) 有馬將太, 園田直子: 同性愛者のセクシュアリティ研究の視点と展望. 久留米大学心理学研究 9; 89-97, 2010
- 2) Kurdek L. A. : Conflict resolution styles

in gay, lesbian, heterosexual nonparent, and heterosexual parent couples. J Marriage Fam, 56: 705-722, 1994

- 3) Patterson C.J. : Children of lesbian and gay parents. Child Dev, 13: 1025-1042, 1992
- 4) Walks M. : Having our baby? A question of choice and availability of options in maternity care and birth place, in the experience of queer couples in British Columbia. Journal of the Association for Research on Mothering, 11: 136-150, 2009
- 5) 堀江有里: 同性間の〈婚姻〉に関する批判的考察—日本の社会制度の文脈から—, 社会システム研究 21; 37-57, 2010
- 6) 赤杉康伸, 土屋ゆき, 筒井真樹子, 他: 同性パートナー 同性婚・DP法を知るために. 第1版, 社会批評社, 東京都, 2004
- 7) 渡辺大輔, 他: 中学校における「性の多様性」理解のための授業づくり, 埼玉大学教育学部附属教育実践総合センター紀要 10; 97-104, 2011
- 8) 釜野さおり: レズビアン家族とゲイ家族から「従来の家族」を問う可能性を探る, 家族社会学研究 20; 16-27, 2008
- 9) 石井香里: 女性同性愛者が抱える生活上の問題に対する当事者の姿勢—同性パートナーと同居する女性のインタビュー調査から—, 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要 3; 65-76, 2009

原 著

低用量EP (estrogen progestin) 配合剤の 性欲に及ぼす影響について

咲江レディースクリニック¹⁾

ともこレディースクリニック²⁾

丹羽 咲江¹⁾, 杉浦 智子²⁾

Effects of low-dose EP combination agents on sexual desire

Sakie lady's Clinic¹⁾

Tomoko lady's Clinic²⁾

NIWA Sakie¹⁾, SUGIURA Tomoko²⁾

抄 録

現在、低用量EP (estrogen progestin) 配合剤は、避妊、月経困難症、月経不順、過多月経、吹き出物や月経前症候群の改善や子宮内膜症の治療など様々な目的で使用されるようになり、女性は予期しない妊娠や月経に伴う様々なトラブルから開放されるようになった。一方で血栓症を始めとする身体的問題や、不安、鬱、性欲の低下といった精神的問題で使用を中断してしまう例も報告されている。そこで、我々は自記式アンケート調査を行って、薬剤の使用感や服薬中の性欲の変化及びその変化に関連する因子について検討した。その結果、薬剤服用中に性欲が減退した者は全体の6.7%であった。さらに避妊が必要でない症例で、エチニルエストラジオール20 μ gの超低用量EP配合剤、中でもドロスピレノンを含んだ薬剤を服用する場合に性欲が減退する可能性が示唆された。以上のような結果を踏まえると、服用者が低用量EP配合剤のメリットを実感し使用を継続するには、薬剤を服用することにより性欲が変化する可能性があることを医療従事者が認識し、積極的に使用感や不満な点を聴取して、服用者がより満足感の得られる薬剤の種類を選択し、状況によって種類を変更することが必要であると考えられる。

キーワード：超低用量EP配合剤、低用量EP配合剤、EP配合剤、経口避妊薬、性欲

Abstract

The low dose of EP (estrogen progestin) combination agents has come to be used for the

purpose such as contraception, or for the treatment of symptoms of dysmenorrhea, irregularity of menstruation, excessive menstruation, acne vulgaris, premenstrual syndrome, and endometriosis. Because of such effects, these patients have come to be freed from various troubles such as unanticipated pregnancy and menstruation now. However, negative sub-effects of taking the low dose EP combination agents have been reported. These effects include physical problems such as thrombosis, or mental problems such as uneasiness, depression, or the drop of the sexual desire. We conducted a questionnaire survey (n=580) and examined usability of the medicine, changes of sexual desire by taking medicine, and the factors in conjunction with the change. The ratio of women whose sexual desire declined by taking the medicine was 6.7%. Moreover, the possibility of declined sexual desire including drospirenone through a dose of EE 20 µg even when contraception was not necessary was suggested. Based on these results, in order to use the medicine most effectively, it is necessary for the healthcare workers to recognize that sexual desire might change by taking EP combination agents, to consult the problem with the patients about the resulting effects of the taken medicine, or to provide the most appropriate amount and type of medicine according to the patients' satisfaction as well as their changes of physical states.

Keywords: ultralow dose of EP (estrogen progestin) combination agents, low dose of EP (estrogen progestin) combination agents, EP (estrogen progestin) combination agents, oral contraceptive, sexual desire

緒 言

EP (estrogen progestin) 配合剤はエチニルエストラジオールとプロゲステンが含まれている製剤で、副作用をより最小に抑えて避妊効果をより高めるためにエチニルエストラジオールの含有量を減少させ、プロゲステンの種類を変えて、時代と共に進化してきている。エチニルエストラジオールの含有量が 50 µg 未満である低用量EP配合剤は日本では1999年9月に経口避妊薬と認可され、2008年4月からは避妊以外にも月経困難症の治療薬として承認されるようになり、現在では更に月経不順、過多月経、ニキビ、月経前症候群(PMS)の改善などの副効用や子宮内膜症の治療を目的として使用するケースも増え、

女性は予期しない妊娠や月経に伴う様々なトラブルから開放されるようになった¹⁾。

しかしながら、服用を開始しても血栓症をはじめとする身体的問題や、不安、鬱、性欲の低下といった精神的問題で使用を中断してしまうケースもあり^{2), 3)}、日本での使用者は未だ劇的に増加しているわけではない。低用量EP配合剤をより快適に継続して使用するために、薬の安全性や効能、体重増加、不正出血、吐き気、気分への影響についての調査報告はなされているが、女性の性機能への影響に関する研究は少なく、日本では皆無とあってよい。しかし、より快適に継続して使用するためには、性機能への影響を考慮することは必須である。

多くの海外の研究において、低用量EP配合剤の服用は女性の性欲を減退させると報告されているが、対照的に性欲は変わらない、又は改善するという報告⁴⁾もある。性欲が減退する原因としては、低用量EP配合剤のエストロゲン成分がSHBG(性ホルモン結合グロブリン)の産生を増加させ、その結果フリーテストステロンレベルの循環量が減少したり、排卵が抑制されることにより卵巣や副腎でのアンドロゲンの産生が減少しその結果性欲が減退すると言われている。一方で性欲が亢進する原因としては、妊娠することに対する不安の減少や、ある種のプロゲステロンの持つ男性ホルモン作用が原因と考えられている⁴⁾。

本論文では、低用量EP配合剤の使用感や、薬剤の服用が女性の性欲にどのように影響するかを調査し、その変化に関連する因子について考察する。

方 法

2014年1月14日から2月5日、名古屋のAレディースクリニックとBレディースクリニックにおいて3ヶ月以上継続して低用量EP配合剤を内服する女性を対象として自記式アンケート調査を行った。

調査項目は、年齢、薬剤服用前の月経痛の有無、性交経験の有無、婚姻の状況(未婚、既婚、離別)、妊娠経験の有無、人工妊娠中絶術経験の有無、避妊の必要性の有無、薬剤の服用期間、薬剤の種類の変更の有無、現在服用中の薬剤の種類、服用中の性欲の変化(変化した、変化しない、わからない)、性欲の変化が見られた場合にはその変化(亢進した、減退した)について尋ね、性欲に影響を及ぼ

す因子について比較検討した。

また、薬剤の使用感についても調査するため、薬剤服用前に月経痛のあった者の服用後の変化(かなり改善、少し改善、変化なし、悪化)、月経量の変化(かなり改善、少し改善、変化なし、悪化)、服用前の吹き出物の有無、吹き出物があった者はその変化(かなり改善、少し改善、変化なし、悪化)、薬剤服用中の不正出血(しばしばあり、たまにあり、無し)、薬剤服用における心配や不満(自由記載)について調査した。本研究の実施に際して、対象者にアンケートは無記名自記式であり、研究目的や調査方法、更に調査に協力しなくても不利益をこうむることはないことを口頭で説明し倫理的配慮を行った。使用している低用量EP配合剤の商品名は、オーソM®、シンフェーズ®、トリキュラー®、アンジュ®, マーベロン®, ファボアル®, ルナベルLD®, ルナベルULD®, ヤーズ®であった。

結果は年齢に関してはWelch's t-test, その他の因子に関してはFisher's exact testを用いた単変量解析を行い、多変量ロジスティック回帰分析で交絡調整を行い、 $P<0.05$ を有意とした。解析ソフトはIBM SPSS Statistics 21.0を使用した。

結 果

1. 対象の属性

アンケート総数792例のうち有効アンケート数は652例で、そのうち性欲の変化が「わからない」と回答した72例を除いた580例を対象とした。

年齢は10代23例(4.0%),20代288例(49.7%),30代131例(22.6%),40代138例(23.8%)で、489例(84.3%)が低用量EP配合剤服用前に月経痛

を認めていた。550例 (94.8%) が性交経験を有し、婚姻の状況は415例 (71.6%) が未婚、133例 (22.8%) が既婚、31例 (5.3%) が離別していた。194例 (33.4%) が妊娠の経験があり、1回の人工妊娠中絶術の経験がある者が86例 (14.8%)、2回以上の人工妊娠中絶術の経験がある者が42例 (7.2%) であった。避妊の必要のある者は299例 (51.7%) であり、服用期間が3ヵ月以上～1年未満の者が155例 (26.7%)、1～3年の者が275例 (47.4%)、3年以上服用している者が150例 (25.9%) であり、115例 (19.8%) が薬剤の種類を変更していた。服用中の薬剤の種類は、エチニルエストラジオール (EE) 35 μ g、プロゲステンとしてノルエチステロン (NET) を含む第1世代1相性低用量EP配合剤 (オース M®、ルナベル LD®) が58例 (10.0%)、EE20 μ gでプロゲステンとしてNETを含む第1世代1相性超低用量EP配合剤 (ルナベル ULD®) が12例 (0.2%)、EE35 μ gでプロゲステンとしてNETを含む第1世代3相性低用量EP配合剤 (シンフェーズ®) が23例 (3.9%)、EE30～40 μ gでプロゲステンとしてレボノルゲストレル (LNG) を含む第2世代3相性低用量EP配合剤 (トリキュラー®, アンジュ®) が265例 (45.7%)、EE30 μ gでプロゲステンとしてデソゲストレル (DSG) を含む第3世代1相性低用量EP配合剤 (マーベロン®, ファボアル®) が127名例 (21.9%)、EE20 μ gでプロゲステンとしてドロスピレノン (DRSP) を含む第4世代1相性超低用量EP配合剤 (ヤーズ®) が95例 (16.4%) であった。

2. 低用量EP配合剤の使用感について

薬剤服用前に月経痛のあった者は580例中

489例であったが、薬剤服用により月経痛がかなり改善したと答えた者が279例 (57.1%)、少し改善したと答えた者が181例 (37.0%)、変化なしと答えた者が29例 (5.9%)、悪化したと答えた者はいなかった。月経量の変化に関してはかなり改善 (減少) したと答えた者が292例 (50.3%)、少し改善 (減少) したと答えた者が220例 (37.9%)、変化なしと答えた者が65例 (11.2%)、悪化 (増加) したと答えた者が1例 (0.1%) であった。吹き出物は服用前に282例が認めていたが、服用前に吹き出物があった者でかなり改善したと答えた者は106例 (37.6%)、少し改善したと答えた者は120例 (42.6%)、変化が無かったと答えた者は56例 (19.9%)、悪化した者はいなかった (図1)。



図1 月経痛、月経量、吹き出物の変化

薬剤服用中の不正出血に関しては、無しと答えた者が387例 (66.7%)、たまにあると答えた者が169例 (29.1%)、しばしばあると答えた者は21例 (3.6%) であった (図2)。

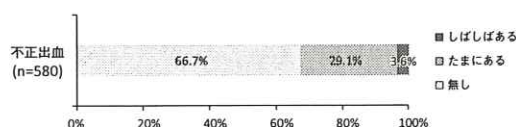


図2 服薬中の不正出血

薬剤服用における心配や不満 (自由記載) に関しては、飲み忘れや飲む時間のずれなど

飲み方に関する心配をする者が9例(1.6%), 将来の妊娠が可能かどうかを心配する者が9例(1.6%), 値段が高いという不満を持つ者が13例(2.2%) 血栓症の心配をする者31例(5.3%)で, 99例(17.1%)が何らかの不安, 不満を持っていた。

3. 低用量EP配合剤服用後の性欲の変化

580例中, 「性欲の変化が無い」と回答した者は535例(92.2%), 「減退した」と回答した者は39例(6.7%), 「増強した」と回答した者は6例(1.0%)であった(図3)。

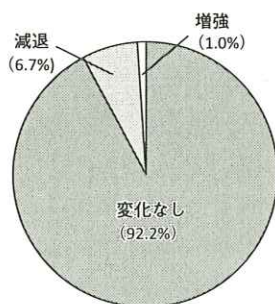


図3 服薬中の性欲の変化

4. 性欲の変化に影響を及ぼす因子について

1) 各背景因子との単変量解析

低用量EP配合剤を服用して性欲の変化について「わからない」と回答した症例を除く580例を解析対象とし, 「性欲が増強した」と答えた者の人数が少ないため「性欲が増強した」と「性欲が減退した」の2群に分けて検討した(表1)。

年齢, 服用前の月経痛の有無, 性交経験の有無, 婚姻の状況, 妊娠経験の有無, 人工妊娠中絶術の経験の有無, 薬剤の服用期間, 薬剤の種類の変更の有無において, 性欲減退無し例と減退あり例の間に統計学的有意差は

認められなかった。避妊の必要の有無において性欲減退症例の割合に統計学的有意差が認められ($P=0.020$), 避妊の必要の無い症例における性欲減退症例の割合は, その他の薬剤使用例と比して有意に高かった。服薬中の薬剤の種類(6種類)間では性欲減退例の割合に統計学的有意差は認められなかったが, 第4世代1相性超低用量EP配合剤使用例の性欲減退例の割合が特に高い傾向がみられたため, 「第4世代服用例か否か」についても検討を加えたところ, 性欲減退症例の割合に統計学的有意差が認められ($P=0.006$), 第4世代1相性超低用量EP配合剤服用症例における性欲減退例の割合はその他の薬剤使用と比して優位に高かった。低用量EP配合剤をエチニルエストラジオールの含有量の違いで低用量EP配合剤と超低用量EP配合剤($EE20\mu g$ 以下)で2分類したところ, 性欲減退症例の割合に統計学的有意差が認められ($P=0.009$), 超低用量EP配合剤($EE20\mu g$)服用症例における性欲減退症例の割合はその他の薬剤使用例と比して有意に高かった。

低用量EP配合剤に含まれているプロゲステロンの種類で4分類したところ, 性欲減退症例の割合に統計学的有意差が認められ($P=0.047$), 第4世代(DRSP)服用症例における性欲減退症例の割合は, その他のプロゲステロンを含む薬剤使用例と比して高い傾向が認められた。

単変量での解析の結果, 統計学的有意差が認められたものは「第4世代1相性超低用量EP製剤の使用」, 「避妊の必要性」, 「エチニルエストラジオールの含有量」, 「プロゲステロンの種類」において統計学的有意差が認められた。

表1 性欲減退と各背景因子との単変量解析

	合計 n	性欲減退		p-value
		減退無し (n=541) n (%)	減退 (n=39) n (%)	
平均年齢 (歳)	31.08	31.02 (93.3)	31.90 (6.7)	0.484
服用前の月経痛	580			0.820
無	91	86 (94.5)	5 (5.5)	
有	489	455 (93.0)	34 (7.0)	
性交経験	578			1.000
無	28	26 (92.9)	2 (7.1)	
有	550	513 (93.3)	37 (6.7)	
婚姻の状況	578			0.491
未婚	415	389 (93.7)	26 (6.3)	
既婚	132	120 (90.9)	12 (9.1)	
離別	31	30 (96.8)	1 (3.2)	
妊娠経験	577			0.380
無	383	360 (94.0)	23 (6.0)	
有	194	178 (91.8)	16 (8.2)	
人工妊娠中絶術の経験	574			0.318
無	446	419 (93.9)	27 (6.1)	
有・1回	86	78 (90.7)	8 (9.3)	
有・2回以上	42	38 (90.5)	4 (9.5)	
薬剤の服用期間	580			0.770
3ヶ月～1年	155	144 (92.9)	11 (7.1)	
1～3年	275	255 (92.7)	20 (7.3)	
3年以上	150	142 (94.7)	8 (5.3)	
薬剤の種類の変更	580			0.404
無	465	436 (93.8)	29 (6.2)	
有	115	105 (91.3)	10 (8.7)	
避妊の必要性	577			0.020
無	278	252 (90.6)	26 (9.4)	
有	299	286 (95.7)	13 (4.3)	
服薬中の薬剤	580			0.060
第1世代1相性低用量EP配合剤	58	53 (91.4)	5 (8.6)	
第1世代3相性低用量EP配合剤	23	23 (100.0)	0 (0.0)	
第2世代3相性低用量EP配合剤	265	252 (95.1)	13 (4.9)	
第3世代1相性低用量EP配合剤	127	120 (94.5)	7 (5.5)	
第1世代1相性超低用量EP配合剤	12	11 (91.7)	1 (8.3)	
第4世代1相性超低用量EP配合剤	95	82 (86.3)	13 (13.7)	
服薬中の薬剤	580			0.006
第4世代1相性超低用量EP配合剤以外	485	459 (94.6)	26 (5.4)	
第4世代1相性超低用量EP配合剤	95	82 (86.3)	13 (13.7)	
エチニルエストラジオールの含有量	580			0.009
20 μ g	107	93 (86.9)	14 (13.1)	
30 μ g～40 μ g	473	448 (94.7)	25 (5.3)	
プロゲステンの種類	580			0.047
第1世代 (ノルエチステロン)	93	87 (93.5)	6 (6.6)	
第2世代 (レボノルゲストリル)	265	252 (95.1)	13 (4.9)	
第3世代 (デソゲストレル)	127	120 (94.5)	7 (5.5)	
第4世代 (ドロスピレノン)	95	82 (86.3)	13 (13.7)	

2) 多変量ロジスティック回帰分析の実施

多変量解析において交絡調整が行われた結果、単変量では有意でなかったものが有意となるケースが存在するため、「服用中薬剤の種類 (6種類)」も多変量解析の因子として多変量ロジスティック回帰分析を行った。解析には580例中、回答未記入などの欠損症例を除く577例を使用した。従属変数を「性欲減退」、独立変数を「服用中薬剤の種類 (6種類)」と「避妊が必要な者の服用」とした場合、いずれも統計学的に有意な性欲減退への影響は認められなかった。有意水準5%では有意でないものの、第4世代1相性超低用量ピル使用例のオッズ比が高い傾向が見られた (オッズ比2.314, $P=0.066$) (表2)。従属変数を「性欲減退」、独立変数を「第4世代1相性

超低用量EP配合剤の使用」と「避妊が必要な者の服用」とした場合、いずれも統計学的に有意な性欲減退への影響は認められなかった。有意水準5%では有意でないものの、第4世代1相性超低用量EP配合剤使用例のオッズ比が高い傾向が見られた (オッズ比2.144, $P=0.053$) (表3)。従属変数を「性欲減退」、独立変数を「服用中薬剤の種類; エチニルエストラジオールの含有量による2分類」と「避妊が必要な者の服用」にした場合、いずれも統計学的に有意な性欲減退への影響は認められなかった。有意水準5%では有意でないものの、エチニルエストラジオールの含有量が20 μg の超低用量EP配合剤使用例のオッズ比が高い傾向が見られた (オッズ比2.067, $P=0.062$) (表4)。従属変数を「性欲減退」、独

表2 従属変数を性欲減退、独立変数を服用中ピルの種類 (6種類) と避妊が必要な者の服用とした多変量ロジスティック回帰分析により得られた調整済みオッズ比

n=577				
	P値	Odds比	Odds比の95%信頼区間	
			下限	上限
服用中ピルの種類				
第2世代3相性低用量EP配合剤		1		
第1世代1相性低用量EP配合剤	0.486	1.492	0.460	4.350
第1世代3相性低用量EP配合剤	0.462	0.394	0.003	3.162
第3世代1相性低用量EP配合剤	0.749	1.163	0.441	2.851
第4世代1相性超低用量EP配合剤	0.066	2.314	0.946	5.772
第1世代1相性超低用量EP配合剤	0.518	1.901	0.191	9.475
避妊が必要	0.246	0.624	0.278	1.388

表3 従属変数を性欲減退、独立変数を第4世代1相性超低用量EP配合剤と避妊が必要な者の服用とした多変量ロジスティック回帰分析により得られた調整済みオッズ比

n=577				
	P値	Odds比	Odds比の95%信頼区間	
			下限	上限
服用中ピルの種類				
第4世代1相性超低用EP配合剤以外 (Reference)		1		
第4世代1相性超低用量ピル	0.053	2.144	0.990	4.643
避妊が必要	0.143	0.569	0.268	1.209

表4 従属変数を性欲減退，独立変数をエチニルエストラジオールの含有量による2分類と避妊が必要な者の服用とした多変量ロジスティック回帰分析により得られた調整済みオッズ比

n=577

	P値	Odds比	Odds比の95%信頼区間	
			下限	上限
エチニルエストラジオールの含有量				
30～40 μ g (Reference)		1		
20 μ g	0.062	2.067	0.964	4.432
避妊目的の服用	0.151	0.574	0.269	1.225

表5 従属変数を性欲減退，独立変数をプロゲステンの種類による4分類と避妊が必要な者の服用とした多変量ロジスティック回帰分析により得られた調整済みオッズ比

n=577

	P値	Odds比	Odds比の95%信頼区間	
			下限	上限
服用中ピルの種類				
第2世代 (LNG) (Reference)		1		
第1世代 (NET)	0.897	1.072	0.376	3.053
第3世代 (DSG)	0.802	1.129	0.438	2.908
第4世代 (DRSP)	0.078	2.255	0.914	5.564
避妊が必要	0.169	0.574	0.260	1.267

立変数を「服用中薬剤のプロゲステンの種類による4分類」と「避妊が必要な者の服用」にした場合，いずれも統計学的に有意な性欲減退への影響は認められなかった。有意水準5%では有意でないものの，第4世代 (DRSP) 使用例のオッズ比が高い傾向が見られた (オッズ比2.255, $P=0.078$) (表5)。

3) 避妊の必要性が有り・無しの2つのサブグループにおける性欲減退例の割合

多変量ロジスティックモデルによる交絡調整後ではいずれの変数も有意とはならなかったが，それぞれ単独で投入したモデルではいずれも性欲減退への有意な関連が見られたことから，薬剤の種類と避妊が必要か否かの間には交絡関係があると考えられたため，避妊が必要かそうでないかによって症例を分け，それぞれで薬剤の種類間に性欲減退症例の割合に違いが見られるかを検討した。

服用中薬剤の種類 (6種類) 間の性欲減退例の割合は，避妊が必要でない症例，避妊が必要な症例のいずれにおいても有意差は認められなかった (表6)。第4世代1相性超低用量EP配合剤かそれ以外の薬剤の使用かで性欲減退症例の割合に違いが見られるかを検討したところ，避妊が必要でない症例における第4世代1相性超低用量EP配合剤使用症例において性欲減退例の割合に有意差が認められた ($P=0.043$) (表7)。エチニルエストラジオールの含有量で性欲減退症例の割合に違いが見られるかを検討したところ，避妊が必要でない症例におけるエチニルエストラジオールの含有量が20 μ gの超低用量EP配合剤使用症例において性欲減退例の割合に有意差が認められた ($P=0.049$) (表8)。プロゲステンの種類で分類した薬剤間の性欲減退例の割合は，避妊が必要でない症例，避妊が必要な症例のいずれにおいても有意差は

表6 避妊の必要が無・有の2つのサブグループにおける薬剤の種類別(6種類)性欲減退例の割合

		避妊が必要ではない					
		服用中薬剤の種類					
		第1世代 1相性低用量	第1世代 3相性低用量	第2世代 3相性低用量	第3世代 1相性低用量	第4世代 1相性超低用量	第1世代 1相性超低用量
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	45 (91.8%)	9 (100.0%)	79 (95.2%)	37 (90.2%)	73 (84.9%)	9 (90.0%)
	減退	4 (8.2%)	0 (0.0%)	4 (4.8%)	4 (9.8%)	13 (15.1%)	1 (10.0%)
	合計	49 (100.0%)	9 (100.0%)	83 (100.0%)	41 (100.0%)	86 (100.0%)	10 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.285

		避妊が必要					
		服用中薬剤の種類					
		第1世代 1相性低用量	第1世代 3相性低用量	第2世代 3相性低用量	第3世代 1相性低用量	第4世代 1相性超低用量	第1世代 1相性超低用量
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	8 (88.9%)	13 (100.0%)	172 (95.0%)	82 (96.5%)	9 (100.0%)	2 (100.0%)
	減退	1 (11.1%)	0 (0.0%)	9 (5.0%)	3 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	合計	9 (100.0%)	13 (100.0%)	181 (100.0%)	85 (100.0%)	9 (100.0%)	2 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.676

表7 避妊の必要が無・有の2つのサブグループにおける薬剤の種類別(第4世代1相性超低用量EP配合薬かそれ以外)性欲減退例の割合

		避妊が必要ではない	
		第4世代1相性超低用量 EP配合剤の使用	
		無	有
		n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	179 (93.2%)	73 (84.9%)
	減退	13 (6.8%)	13 (15.1%)
	合計	192 (100.0%)	86 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.043

		避妊が必要	
		第4世代1相性超低用量 EP配合剤の使用	
		無	有
		n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	277 (95.5%)	9 (100.0%)
	減退	13 (4.5%)	0 (0.0%)
	合計	290 (100.0%)	9 (100.0%)

Fisher's exact test : P=1.000

表8 避妊の必要が無・有の2つのサブグループにおけるエチニルエストラジオールの含有量による薬剤の種類別性欲減退例の割合

		避妊が必要でない	
		エチニルエストラジオール 含有量	
		20 μ g	30~40 μ g
		n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	82 (85.4%)	170 (93.4%)
	減退	14 (14.6%)	12 (6.6%)
	合計	96 (100.0%)	182 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.049

		避妊が必要	
		エチニルエストラジオール 含有量	
		20 μ g	30~40 μ g
		n (%)	n (%)
性欲減退	減退無し	11 (100.0%)	275 (95.5%)
	減退	0 (0.0%)	13 (4.5%)
	合計	11 (100.0%)	288 (100.0%)

Fisher's exact test : P=1.000

認められなかった(表9)。

エチニルエストラジオールの含有量で分けた場合よりも、さらに第4世代超低用量EP配合剤の使用症例とその他薬剤で分けた場合のほうがよりP値が小さいことから、少なくとも避妊が必要でない症例においては第4世代超低用量EP配合剤の使用が性欲減退に影響を与えている可能性が示唆された。

考 察

今回我々は、低用量EP配合剤服用者に対して、年齢、薬剤服用前の月経痛の有無、性交経験、婚姻の状況、妊娠の経験、人工妊娠中絶術経験、避妊の必要性、薬剤の服用期間、薬剤の種類の変更、現在服用中の薬剤の種類、服用中の性欲の変化、月経痛の変化、月経量の変化、服用前の吹き出物の変化、薬剤服用中の不正出血、薬剤服用における心配や不満について自記式アンケート調査を行い、低用

量EP配合剤の使用感や、薬剤服用中の性欲の変化とその変化に関連する因子について検討し、「避妊の必要のない者」が「エチニルエストラジオールの含有量がより低い20 μ g」、中でも「プロゲステンの種類が第4世代(DRSP)を含む」低用量EP配合剤を服用している場合に性欲が減退する傾向があることが明らかになった。

1) エチニルエストラジオールの含有量と性欲減退

Zlatkoらはエチニルエストラジオールの含有量が15 μ gと20～35 μ gの低用量EP配合剤を服用している者の性欲の変化を比較し、15 μ g以下のエチニルエストラジオールを含む薬剤を服用した場合に性欲の低下を認め、その原因として膣の乾燥による性欲減退の可能性を報告している⁴⁾。今回の我々の調査では膣の乾燥感についての調査は行わな

表9 避妊の必要が無・有の2つのサブグループにおけるプロゲステンの種類による薬剤の種類別性欲減退例の割合

		避妊が必要でない			
		プロゲステンによる分類			
		第1世代 (NET) n (%)	第2世代 (LNG) n (%)	第3世代 (DSG) n (%)	第4世代 (DRSP) n (%)
性欲減退	減退無し	63 (92.6%)	79 (5.2%)	37 (90.2%)	73 (84.9%)
	減退	5 (7.4%)	4 (4.8%)	4 (9.8%)	13 (15.1%)
	合計	68 (100.0%)	83 (100.0%)	41 (100.0%)	86 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.139

		避妊が必要			
		プロゲステンによる分類			
		第1世代 (NET) n (%)	第2世代 (LNG) n (%)	第3世代 (DSG) n (%)	第4世代 (DRSP) n (%)
性欲減退	減退無し	23 (95.8%)	172 (95.0%)	82 (96.5%)	9 (100.0%)
	減退	1 (4.2%)	9 (5.0%)	3 (3.5%)	0 (0.0%)
	合計	24 (100.0%)	181 (100.0%)	85 (100.0%)	9 (100.0%)

Fisher's exact test : P=0.937

かったが、エチニルエストラジオールの含有量がより少ない薬剤を服用した場合には、膣の乾燥感による性欲の低下を引き起こす可能性があることを服用者に対して十分配慮する必要があると考える。

2) ドロスピレノンの性欲への影響

今回の我々の調査で、超低用量EP配合剤の中でもプロゲステロンの成分としてドロスピレノンを含む薬剤を服用している場合に性欲が減退する傾向があることが明らかになったが、これはドロスピレノンがアンドロゲン活性を持たないこととの関連が推察される。

松本らの研究報告では、使用する低用量EP配合剤と内服目的によって内服者が自覚

する症状の改善が違い、月経周期の安定化には三相性第2世代 (LNG) 群、月経痛と過多月経の改善には一相性ならびに三相性第1世代 (NET) 群、ニキビの改善には一相性第3世代 (DSG) 群の使用感が良く、満足度が高いと述べている⁵⁾。この研究報告の後、エチニルエストラジオールの含有量が20 μ gに減量された第1世代の超低用量EP配合剤やアンドロゲン作用を持たないより新しいプロゲステロン、ドロスピレノンを含んだ第4世代の超低用量EP配合剤といった新たな薬剤が日本でも認可され、より副作用が軽減された薬剤の使用が増えてきている (表10)。

第1世代のノルエチステロンはアンドロゲン作用とエストロゲン作用を持ち、より排卵抑制活性の高いプロゲステロンとして第2世代

表10 プロゲステロンの世代と代表化合物

世代	代表化合物	プロゲステロン 活性*	アンドロゲン 活性**	製剤
第1世代	ノルエチステロン (NET)	1.0 (1.0) #	1.0 (1.0)	オーソ M, ルナベル LD (1相性) NET 1mg EE 35 μ g ルナベル ULD (1相性) NET 1mg EE 20 μ g シンフェーズ (3相性) NET 0.5~1mg EE 35 μ g
第2世代	ノボレゲストレル (LNG)	5.3 (0.3~0.7)	8.3 (0.4~1.0)	トリキュラー, ラベルフィーユ (3相性) LNG 50~125 μ g EE 30~40 μ g
第3世代	デソゲストレル (DSG)	9.0 (0.9)	3.4 (0.5)	マーベロン, ファボアール (1相性) DSG 150 μ g EE 30 μ g
第4世代	ドロスピレノン (DSRP)	0.6 (1.8)	0.0 (0.0)	ヤーズ (1相性) DSRP 3mg EE 20 μ g

百枝幹雄：プロゲステロンの進化と子宮内膜症治療。Progress in Medicine 2008より一部改変

*：経口におけるプロゲステロン活性 (子宮内膜に対する作用) をノルエチステロンを1とした相対活性。

**：ノルエチステロンを1とした相対的活性NET, LNG, DSG, DSRP。

#：括弧内は各製剤に含まれるプロゲステロン量を加味した活性。

EE：エチニルエストラジオール

のレボノルゲストレルが開発された。レボノルゲストレルの子宮内膜活性はノルエチステロンの5.3倍で、プロゲステロン活性がより強くなったが、アンドロゲン作用が8.3倍となり相対的なアンドロゲン活性が第1世代に比べて高くなった。アンドロゲン作用はニキビ、多毛、体重増加を引きおこし、HDLコレステロールを減少させることから、プロゲステロン活性を更に高め、アンドロゲン活性を低下させるために第3世代のデソゲストレルが開発された。これに対し、第4世代のプロゲステンはアンドロゲン作用をなくすことを目指して開発された。ドロスピレノンは抗アルドステロン薬であるスピロノラクトンと共通の母核を由来としてつくられ、強い抗アルドステロン作用を持つことが特徴であり、高血圧のリスクを持つ女性にメリットがあると考えられている⁶⁾。

このように、第4世代のプロゲステンはアンドロゲン作用を持たないため、他の薬剤と比較して、ニキビをより改善する、体重が増加しにくい、むくみにくいという利点があるが、その一方で性欲減退を誘発する可能性があることを医療従事者は十分認識する必要がある。

3) 避妊を必要としない者の服用

世界181カ国の14～49歳の有配偶者ないしはそれに準じた女性の避妊に関する入手可能な最新の調査の取りまとめであるWorld Contraceptive Use 2011によると、リズム法や膈外射精といった伝統的避妊法のいずれかを使用する率は、世界平均で6.6%であるのに対し日本では16.8%、コンドームにより避妊を行う率が世界平均で7.1%であるのに対

し日本では40.7%、IUD(子宮内避妊具)を使用して避妊する率が世界平均で14.2%であるのに対し日本では0.449%、ピルを服用して避妊する率が世界平均で8.8%であるのに対し日本では1.0%という結果であり、日本では「より確実に、そして女性自身が避妊を実行する方法」を選択する確率が世界の国々と比べて低い。

Zlatkoらは低用量EP配合剤を服用している8422人の女性を解析し、薬剤服用により性欲が減退した女性の割合は14.7%、増強した女性は21.7%、変化がなかった女性は63.3%と報告しているが⁴⁾、今回の我々の調査では低用量EP配合剤を服用して性欲が減退した女性は6.7%、増強した女性は1.0%、変化がなかった女性は92.2%と海外の女性との性欲の変化の差を認めた。その理由としては、より確実な避妊方法であるピルを服用することによって妊娠の心配から解放されることが推測されるが、海外の女性では低用量EP配合剤を服用して妊娠の心配から解放されることが性欲の増強という形で反映されるかもしれないが、日本女性の場合はそれが性欲の増強につながるのではなく、避妊が必要な者の服用では「性欲が減退しない又は変わらないレベル」にとどまるのかもしれない。

4) 低用量EP配合剤の使用感

EP配合剤は副作用をより最小に抑えるために進化し、様々な面で女性のQOLを改善するようになってきた。しかしその一方で薬剤服用開始後1年以内の中断率は10～15%で、リスクの認識や副作用の経験がその原因とされ、なかでも体重増加や気分の変調、不正出血が主な原因と報告されている⁷⁾。

今回の調査で94.2%の女性が月経痛が改善し、88.2%の女性が月経量が減少したと感じ、80.2%の女性が吹き出物が改善したと回答しており、低用量EP配合剤を服用することにより月経に伴う様々なトラブルが改善したと感じていた。一方で低用量EP配合剤を服用する事や服用し続けることに関して何らかの不安や不満を持つものが99例(17.1%)あり、飲み忘れや飲む時間のずれなど飲み方に関する心配をする者が9例(1.6%)、将来の妊娠が可能かどうかを心配する者が9例(1.6%)、値段が高いという不満を持つものが13例(2.2%)血栓症の心配をする者31例(5.3%)という不満や心配を持っていることが明らかになったが、日常診療において服用者から直接聞かれる頻度はこれより少ない。薬剤服用により性欲が減退したと感じていた者を6.7%認めたが、日常診療において性欲の減退を訴える患者はほとんどおらず、性については医療従事者に対してでも更に伝えるににくいという背景が考えられる。

今回の調査でエチニルエストラジオールの含有量が20 μ g以下あるいはプロゲステンとしてドロスピレノンを含む超低用量EP配合剤には性欲を減退させる可能性があることが示唆されたが、エストロゲンの含有量が低くなることにより吐き気や頭痛といったデメリットが減少し、第4世代のプロゲステンを含んだ薬剤を服用することによりニキビの改善や体重増加やむくみが起こりにくいというメリットを期待することができる。

女性の性欲はストレス、パートナーへの感情、性活動の頻度、睡眠の状態、膣の乾燥、女性ホルモンの状態、健康状態、薬物の使用など様々な因子に影響されているため、低用

量EP配合剤を服用した場合の性欲減退の因子を特定することは難しい^{8), 9)}。しかし、医療従事者には副作用に対する不安や不満、特に性欲への影響について相談しにくく、自己判断で薬剤の服用を中断してしまう原因となる可能性があることを十分配慮し、処方する側の医療従事者は薬剤服用に関するリスクに加えて、性欲や性行動への影響を十分聴取し、服用者がよりメリットを実感しかつデメリットが少ない薬剤を選択しなければならない。

結 論

人間のセクシュアリティは心理的・精神的な要素も加わり、身体的データのみで判定するのは困難であると言える。しかし、低用量EP配合剤のメリットを実感し使用を継続するためには、薬剤を服用することによって性欲が変化する可能性があり、その変化に対する不満や不安を医療従事者に相談しにくいということを認識する必要がある。

我々は、より積極的に使用者から使用感や不安・不満に思う内容を十分聴取し、服用する者がより満足感の得られる薬剤を選択し、状況によって薬剤の種類を変更することが必要である。

文 献

- 1) 間壁さよ子; OC処方の実際. 臨婦産 64 (11): 1503-1509. 2010.
- 2) Bitzer J. Simon JA; Current issues and available options in combined hormonal contraception. Contraception 84; 342-56. 2011.
- 3) Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson

- K : Efficacy of contraceptive methods : A review of the literature. *Eur J Contracept Repod Health Care* 15: 4-16. 2010.
- 4) Zlatko Pastor, et al; The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18; 27-43. 2013.
- 5) 松本安代, 山辺晋吾, 村上雄太ほか ; 低用量ピル (OC) の種類による満足度と使用感について. *産婦人科治療* 99 (1): 96-101, 2009.
- 6) 百枝幹雄 ; プロゲステンの進化と子宮内膜症治療. *Progress in Medicine* 28 (1) :135-145. 2008.
- 7) The ESHRE Capri Workshop Group; Continuation rates for oral contraceptives and hormone replacement therapy. *Hum Report* 15 (8) .1865-1871. 2000.
- 8) 大川玲子 ; 婦人科疾患の診断・治療・管理. *日産婦誌* 61 (7) : 232-236. 2009.
- 9) Dennerstein L, et al: Sexuality. *Am J Med* 118: 595-635. 2005.

原 著

当院における性交痛症例の背景

私のクリニック目白

藤井 祐美

Psychosocial and physical backgrounds of patients who experience sexual pain

Watashi-no Clinic mejiro

FUJII Yumi

抄 録

性交痛は女性の性機能障害の中でも多いものであるが、婦人科への相談と、精神科・心理カウンセリングへの相談は自ずと異なってくると思われる。今回、一般婦人科外来における症例の特徴を検討し、婦人科医が性の相談において担う役割について考察した。

2011年から2012年に性交痛を主訴に当院婦人科を受診した20歳から62歳までの女性21名について、性交痛の症状の違い、器質的疾患の有無、心理的要因の有無、治療の内容、転帰などの点で検討を試みた。

全21症例中13例に器質的疾患を合併していた。また、8例に心理的要因を認め、その内2例は器質的疾患を合併していなかった。治療内容としては、外用薬、漢方薬、抗不安薬、低用量ピル、ホルモン補充療法、三環系抗うつ薬の使用、及び行動療法を行い、8例が改善、10例が中断、3例が継続中である。

以上のように、主訴が性交痛であっても、器質的疾患の治療で改善する症例はあり、一般的な婦人科診察や検査で対応可能な場合も多い。従って婦人科医が患者の痛みの存在をまず認めて積極的に治療にあたることで、今後性の相談においてより多くの役割を果たしていくことが望まれる。

キーワード：性交痛，女性性機能障害，心因性疼痛

Abstract

In order to determine the role gynecologists should play within the context of sexual counseling, I investigated the psychosocial and physical backgrounds of patients who experience sexual pain.

Subjects included 21 women who presented at our clinic with primary complaints of sexual pain. I noted the location of the pain, the presence or absence of visceral disease, mental factors, therapeutic approaches, and outcomes.

My examination found that 13 and 8 patients had complications from visceral diseases and mental issues, respectively. Two of those with mental issues did not have visceral diseases. Therapeutic approaches included ointments, herbal medicine, tranquilizers, oral contraceptives, hormone replacement therapy, tricyclic antidepressants, and behavior therapy. Improvements were noted in 8 patients, 10 dropped out, and 3 have continued their therapy.

The present study revealed that even among patients for whom sexual pain is the primary complaint, this is often improved by treatment of visceral disease, and in many cases, a general gynecologic examination can be helpful to this end. As such, gynecologists should play a more prominent role in sexual counseling than what is assumed currently. Sexual pain is a reality for many patients, and gynecologists should acknowledge and aim to provide effective treatment for this.

Keywords: sexual pain, female sexual dysfunction, psychogenic pain

緒 言

世の中の多くの文脈で「性は遊び」と語られるが、その考えに俄かには同意できない人々も少なからず存在している。性機能障害のある人、中でも性交痛を認める女性にとって、行為の度に痛みを感じる性交は苦痛そのものになっていることもある。遊びの前に苦痛からの解放が必要である。

そのためには、まず女性が性交痛を我慢せずに声をあげ、改善を求めて行動することが大切であるが、性の問題に対する恥ずかしさもあり、医療機関での相談に躊躇する場合も多い。また、せっかく勇気を出して受診しても、対応が不適切であれば、余計にこじれてしまうだろう。

性交痛は精神科・心理カウンセリングでの治療を要する例も少なくないが、性交痛を主訴に医療機関を受診する場合はまず初めに

婦人科を受診することが多いと考えられる。

また、性交痛はほかの女性性機能障害に比べて、背景に器質的疾患のみられることが多いとされている¹⁾。そこで、一般婦人科外来における性交痛症例の特徴を検討し、婦人科医が「苦痛からの解放」のために、性の相談においてどんな役割を担うことができるか考察した。

対象・方法

対象者は2011年と2012年の2年間に、性交痛を主訴に当院を受診した20歳から62歳までの女性21名である。ただしこの21例には、別の主訴で受診したが、その後性交痛があることが判明した症例は含まれていない。性交痛を主訴とする患者の特徴を捉えるため、敢えて除いた。

問診、診察は全て同一婦人科医師が行い、

その結果について、性交痛の症状の違い、器質的疾患の有無、心理的要因の有無、治療の内容、転帰などの点で検討を試みた。

結 果

I. 背 景

(1) 対象者の属性

対象者の属性を(表1)に示す。平均年齢は31.3±10.3歳[20-62歳]で、2名が閉経していたが、その他の19名は規則的な月経があった。8名が既婚で、13名が未婚であった。妊娠分娩歴については、5名に妊娠歴があり、その内3名が出産を、2名が人工妊娠中絶を経験している。

(2) 性交痛の部位

性交痛の部位は、11名が膣に痛みを感じ、

7名が骨盤に、3名は膣と骨盤の両方に痛みを感じていた。膣の痛みを訴えた11例のうち閉経後の2例では挿入時の膣入り口の痛みに加え、平常時の外陰全体の痛みと乾燥感を訴えたが、閉経前の症例の痛みは膣前庭に局限しており、性交と無関係な場面での痛みは少なかった。しかし普段の生活でも、下着があたるだけで痛いという訴えが1例あった。膣の痛みでは、ひりひりする、擦れるような、裂けるような、狭い所を押し広げるような、という表現があった。また、痛みを認めるタイミングは、挿入の初めだけ痛い症例と性交中ずっと痛い症例が多いが、中には性交中は痛くないが性交直後から痛みが出現する症例もあった。

骨盤の痛みを訴えた症例は、性交途中及び、性交直後の痛みを認めており、奥に響くよう

表1 症例一覧

症例番号	受診年	年齢	結婚	妊娠分娩歴	月経の状態	部位	転帰
1	2011年	52	既婚	G3P3	閉経	膣	改善
2		22	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	中断
3		36	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	改善
4		30	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	中断
5		20	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	改善
6		21	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	中断
7		62	既婚	G2P2	閉経	膣	改善
8	2012年	32	既婚	G0P0	規則的な月経	膣	改善
9		30	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	改善
10		31	既婚	G1P0	規則的な月経	膣と骨盤	中断
11		31	既婚	G1P1	規則的な月経	膣	中断
12		22	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	改善
13		20	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	中断
14		29	未婚	G0P0	規則的な月経	膣	中断
15		40	既婚	G0P0	規則的な月経	膣と骨盤	中断
16		37	既婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	継続中
17		20	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	中断
18		29	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	改善
19		25	未婚	G1P0	規則的な月経	膣	中断
20		34	既婚	G0P0	規則的な月経	膣と骨盤	継続中
21		31	未婚	G0P0	規則的な月経	骨盤	継続中

な、ズキズキする痛みと表現することが多い。また、骨盤の痛みの場合、子宮内膜症が疑われる症例が多く、月経痛や排便痛を訴えることもある。

(3) 器質的疾患の合併の有無

器質的疾患は、21例中13例に合併していた。その内訳を(図1)に示す。中でもカンジダ膣炎と子宮内膜症の疑いが各4例と多い。その他、外陰炎(カンジダ以外)2例、萎縮性膣炎2例、子宮筋腫1例、卵巣出血1例、性器ヘルペスの既往1例と続く。

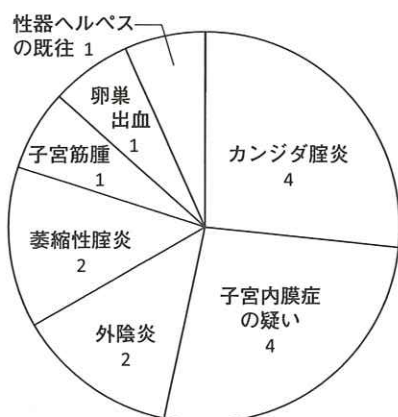


図1 器質的疾患の内訳

カンジダ膣炎を認めた4例の内2例は膣の痛みを、残り2例は膣と骨盤両方の痛みを訴えた。外陰炎、萎縮性膣炎、性器ヘルペスの既往の症例では、1例が膣と骨盤両方の痛みを訴えた以外は全員が膣の痛みを訴えた。

子宮内膜症は自覚症状と内診、経膣超音波検査より臨床的に診断した。1例が膣と骨盤両方の痛みを訴えた以外は全員骨盤痛を訴えた。

これらの器質的疾患は合併症だが、必ずしも性交痛の直接の原因とは限らない。カンジ

ダ膣炎が性交痛の原因になることはあるが、カンジダ膣炎の患者全員が性交痛を訴えるわけではなく、子宮筋腫が原因となって性交痛を訴えることはあまり多くないと思われる。

(4) 心理的要因の有無

性交痛の原因に関係していると推測できる心理的要因のある症例は21例中8例であった。その内訳を(表2)に示す。症例1, 8, 20ではパートナーへの不満を認めた。症例1では、閉経後の膣の乾燥のため性交をしたくないと夫に伝えたところ、「セックスをさせないなら浮気してやる」という心無い言葉を投げつけられ、実際に浮気をしてしまったという。夫婦関係の破綻寸前で困り果てて来院した。症例8では、夫は平日仕事が忙しく深夜の帰宅であるにも拘わらず、休日は趣味の仲間と出かけてしまい、すれ違いの生活が何年も続いていた。症例20はうつ病を合併しており、当院心療内科で治療中である。夫から常に暴言を吐かれ、夫に不満を持っていることに加え、児童期に顔見知りであった親の知人男性から性虐待を受けたことがある。

症例9は、結婚を控え、マリッジブルーを自覚すると同時に性交痛が出現していた。

表2 心理的要因の内訳

症例番号	内 容	器質的疾患の合併
1	パートナーへの不満	あり
8	パートナーへの不満	なし
9	マリッジブルー	なし
10	中絶の既往	あり
14	両親が性に対し厳格	あり
15	両親が性に対し厳格(実母牧師)	あり
19	中絶の既往	あり
20	うつ病、パートナーへの不満、児童期の性虐待	あり

症例14と15では、両親が性に対して厳格で、家庭の中で性の話題はタブーであった。症例10と19には人工妊娠中絶の既往があり、症例19では人工妊娠中絶が性交痛のきっかけであると明確に自覚していたが、症例10では性交痛との関係はわからないと考えていた。

これらの心理的要因を認める症例のうち、6例は器質的疾患を合併しており、2例は合併していない(図2)。

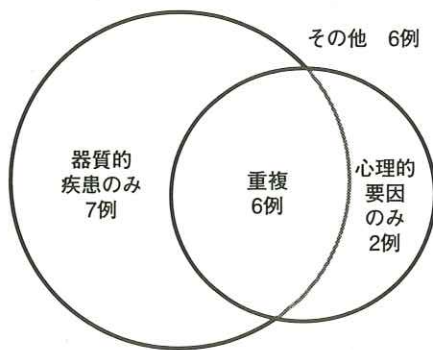


図2 要因から見た症例分布

(5) 初交時のワギニズムスの疑い

21例中3例では初交時に挿入できず、挿入までに数か月を要している。

定義上ワギニズムス(腔痙)と性交疼痛症は区別されているが²⁾、性交痛の患者にワギニズムスの傾向があることはしばしば経験する。

金子らは、挿入不可能な患者は痛みを伴う事が多い上、挿入可能になってからも痛みを伴う段階があることが多く、挿入不可能な患者と挿入可能な(性交疼痛症の)患者は痛みから見る限りでは連続している、と報告している³⁾。

今回の結果においても、この3例は当初はワギニズムスの傾向があり、挿入不可能なワ

ギニズムスから挿入可能な性交疼痛症に移行した例ではないかと推察できる。

(6) 抗うつ薬、抗不安薬の使用

当院受診前に既に他の医師から抗うつ薬または抗不安薬を処方されていたのは、21例中5例で、比較的高い割合であった。これらの薬剤を必要とする状態が性交痛の原因なのか結果なのかはわからないが、何かしら関係している可能性は否定できない。

(7) その他の要因

vulvodynia(外陰痛)とは、「視診でわかる明らかな病変がなく、3ヶ月以上にわたって続く慢性的な痛みあるいは熱感、刺すような痛み」⁴⁾と定義されているが、今回の21症例の中にもvulvodyniaを疑う症例が1例あった。症例20は性交時の膣の痛みを訴えて受診し、膣分泌培養でカンジダ菌を認めたため抗真菌薬で治療した。しかしカンジダ膣炎が治癒しても膣前庭の痛みは消失せず、その他に外陰部に所見を認めないため、vulvodyniaを疑って心療内科の主治医と相談の上、三環系抗うつ薬を投与した。しかし、心理的要因が大きい症例であったためか、全くの無効であった。心理カウンセリングが必要であると考え勧めたが希望されず、心療内科からの薬物療法のみ継続している。

vulvodyniaは症状の観点からの定義であり、心因性か否かを問うものではないが、現実には心因性疼痛も一定数含まれていると思われる。実際のvulvodyniaの治療においても、パートナーとの関係に問題を認めたり、精神疾患の既往、身体的・性的・経済的虐待などがあれば、カウンセリングが推奨される⁴⁾。

とされている。

また、21例中2例ではパートナーの性器が大きすぎるという訴えがあった。この訴えは当院ではしばしば散見され、2013年以降も同様の相談があった。潜在的には比較的多い悩みである可能性がある。

Ⅱ. 治 療

(1) 治療内容の内訳

治療内容の内訳を(図3)に示す。

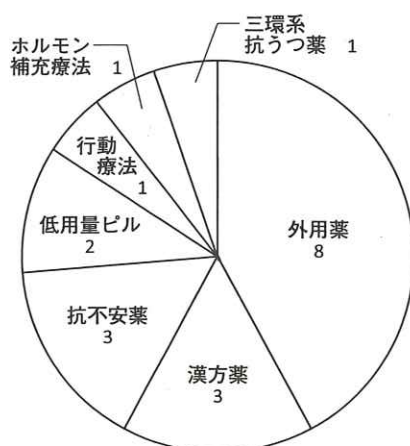


図3 治療内容の内訳

外用薬は閉経後の萎縮性膣炎、カンジダ膣炎、外陰炎(カンジダ以外)、及び所見は認められないが、膣の入口に痛みを訴える症例に使用した。漢方薬は子宮内膜症の疑いのある2例と原因不明の性交時骨盤痛の1例に使用した。抗不安薬は心理的要因のある2例と原因不明の膣の痛みの1例に使用した。低用量ピルは卵巣出血の1例と原因不明の性交時骨盤痛の1例に使用した。行動療法は心理的要因があり、夫の性器が大きいと訴える症例に行い、ホルモン補充療法は心理的要因と閉経後萎縮性膣炎を認める症例に行った。

三環系抗うつ薬は心理的要因があり、かつvulvodyniaを疑う1例に使用した。

症例8は、夫の性器が大きすぎるため痛くて性交できないという訴えであった。当初は抗不安薬を処方し、何とか挿入できるようになったが、時間的、精神的なすれ違いの生活という根本的な問題が手つかずであったため、経過とともにまた性交できなくなってしまった。そこで、二人で過ごす時間を増やしたり、性生活を含め夫婦でよく話し合うことを勧めた結果、挙児希望という共通の目的を見出すに至った。本人から治療再開の希望があり、行動療法を導入したところ、約3ヶ月でほとんど痛みを感じることなく性交ができるようになった。

(2) 転 帰

21例中8例で改善を認め、10例は中断、3例は継続中である(表1)。

改善例と中断例の内訳を表3と表4に示す。改善例で合併している器質的疾患は萎縮性膣炎と卵巣出血であり、器質的疾患が性交痛の直接的な原因であると改善しやすいと言える。また、改善例にも中断例にも心理的要因を有する症例は同程度含まれ、必ずしも

表3 改善した症例の内訳

症例番号	器質的疾患	心理的要因	治療内容
1	萎縮性膣炎	あり	ホルモン補充療法
3	なし	なし	漢方薬
5	なし	なし	説明のみ
7	萎縮性膣炎	なし	外用薬
8	なし	あり	抗不安薬と行動療法
9	なし	あり	外用薬
12	なし	なし	外用薬
18	卵巣出血	なし	低用量ピル

表4 中断した症例の内訳

症例 番号	器質的疾患	心理的要因	治療内容
2	カンジダ膣炎	なし	外用薬
4	カンジダ膣炎	なし	外用薬
6	子宮内膜症の疑い	なし	漢方薬
10	子宮内膜症の疑い	あり	治療希望せず
11	なし	なし	外用薬
13	なし	なし	抗不安薬
14	外陰炎	あり	外用薬, 抗不安薬
15	外陰炎, カンジダ膣炎	あり	治療希望せず
17	子宮内膜症の疑い	なし	漢方薬
19	性器ヘルペスの 既往	あり	治療希望せず

心理的要因があると治りにくいとは言えないと思われる。

考 察

当院婦人科への相談では、21例中13例と、器質的疾患を合併する症例が多かった。主訴が性交痛であっても、器質的疾患の治療で改善する症例はあり、一般的な婦人科診察や検査で対応可能な場合も多い。従って婦人科医が患者の痛みの存在をまず認めて積極的に治療にあたることで、今後性の相談においてより多くの役割を果たしていくことが望まれる。

しかし、同時に心理的要因を有する症例も8例あり、その内2例は器質的疾患を合併し

ていない。また、パートナーとの関係に問題のある症例や抗うつ薬・抗不安薬の投与を受けている症例が複数認められた。そのため、まず器質的疾患の治療を先行しておこなっても症状が十分改善しない場合、精神科医・臨床心理士へのコンサルトが不可欠である。性交痛は心理的要因、器質的疾患、家庭を含めた患者を取り巻く様々な環境など、いくつかの要因が複合的に影響しあって発症する。治療にあたっては、表面的な事象に対処するだけではなく、患者を全人的にとらえることが重要である。

文 献

- 1) 大川玲子：性交痛. 産婦人科治療 vol.95 no4 401-405, 2007
- 2) 阿部輝夫：性機能障害の概念と分類. セックスカウンセリング入門改訂第2版. 金原出版, 東京, 81-82, 2005.
- 3) 金子和子, 渡辺景子：女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案 I. 日本性科学会雑誌16巻1号：16-21, 1998
- 4) Heafner HK, et al : The vulvodynia guideline. J Low Genit Tract Dis 2005; 9: 40-51.

原 著

40代有配偶者女性の嫌でも応じる性行為と夫との性の関係の認識 —中国と日本における比較—

フリー助産師

安田かづ子

実践女子大学

細江 容子

元上越教育大学大学院

陳 冬 青

How Married Women in their 40s Perceive Submission to Undesired Sexual Acts and Marital Relations with their Husbands —Comparison of Thinking in China and Japan—

Self-Employed Midwife

YASUDA Kazuko

Jissen Women's University

HOSOE Yoko

Joetsu University of Education Graduate School

CHEN Dongqing

抄 録

夫婦の性の関係において、妻に性的快楽の享受にマイナスの影響を及ぼす可能性があるものの一つに、望んでいない性行為に応じる経験がある。この嫌でも応じる性行為について中国(57人)と日本(124人)の40代の有配偶者女性を対象に比較し、その共通点と相違点を検討した。その結果、嫌でも応じる性行為に関して中国と日本の相違点は、嫌でも応じる性行為の経験は、中国は30.4%、日本は77.4%で、性行為全体における割合は中国10.5%、日本36.7%で、経験者の割合、経験頻度共に日本が多い。共通点は、1) 性行為が嫌な理由として体調面の理由が多く、性交痛は少ない。2) 嫌な性行為に応じる理由は自分のためや夫のためと意識されることは少ない。3) 嫌な性行為に応じた時の気持ちは夫のために我慢しようという思いが強く、夫との性的関係の不満を大きくする悲しい、悔しいという感情を引き起こすことにつながらない。

嫌でも応じる性行為についての理解を深めるために、性の関係のみではなく、結婚生活における夫との関係性の面からも検討する必要があるといえる。

キーワード：嫌でも応じる性行為

夫婦の性の関係

中国日本の40代の有配偶者女性

Abstract

One factor with potential to exert a negative impact on satisfaction of sexual pleasure on the part of wives are experiences of undesired sexual acts with their husbands. In this study, comparisons were made of 57 Chinese and 124 Japanese married women in their forties concerning participation in sexual acts that they would prefer not to engage in.

The results showed that 30.4% of the Chinese and 77.4% of the Japanese have experienced such undesired sexual acts, while the overall percentage of sexual acts which wives say they would submit to despite disliking them was 10.5% for the Chinese and 36.7% for the Japanese. As indicated, Japan scored higher in both experience and frequency of such acts.

The following areas were found to be shared by both groups: (1) The majority of reasons given for disliking certain sexual acts concerned physical conditions, and in fewer instances the factor of pain during intercourse. (2) When submitting to undesired sexual acts, there are few cases when the reasons for such submission are viewed as being for the wives' own sake or that of their husbands. (3) The feelings upon submitting to undesired sexual acts reflect a strong sense of striving to endure the acts to satisfy their husbands. These choices do not appear to trigger emotions of sadness or frustration acting to increase dissatisfaction regarding the sexual relations with their husbands.

These findings suggest the need for further studies into sexual acts submitted to by wives despite of disliking them, from the perspectives of both sexual relations and the marital ties between husbands and wives.

Keywords: Toleration of undesirable sex

Sexual relations between husbands and wives

Married women in their forties in China and Japan

I. 緒言

結婚生活において、性は生殖のみではなく愛と快楽の目的¹⁾と、身体を用いたコミュニケーションの役割があることから、性の関係は夫婦関係の親密性の維持に重要な役割を果たす²⁾。性を媒介とした夫婦関係において今日、女性は性的快楽を与えるだけでなく享

受することをも求めており、また多くの女性は、性生活で充足感が得られることを満足のいく結婚生活にとって不可欠な必要条件とみなすようになってきている³⁾。しかし、結婚生活においては常に性生活に充足感が得られることは難しい。妻が何らかの理由で性行為に応じたくなくても、その意思に反して

夫の望む性行為に応じた場合も、性的快楽の享受にマイナスの影響を及ぼす可能性がある。実際に中高年期の女性の場合、本当は性交渉を望んでいないにもかかわらず性交渉をもっている割合が4割程度あると指摘されている⁴⁾が、望んでいないにもかかわらず性行為に応じることは、日本のみではなく中国においても経験されている。愛情と性の表現が強く結びついて表現されている中国⁵⁾においても、約11%の妻が性生活を強制されていると感じている現状がある⁶⁾。

望んでいない性行為に応じることは、性生活の充足感を低下させる要因の一つとなり得るが、しかし、なぜ性行為が嫌なのか、なぜ嫌でも性行為に応じるのか、嫌でも性行為に応じる時の感情はどのようなものか、またその背景にある夫との性的関係の認識はどうであるのかについての現状は、これまであまり明らかにされてこなかった。そこで、有配偶者女性の嫌でも応じる性行為の現状を明らかにすることを目的に、同じアジアに位置する中国と日本を比較しその共通点と相違点を検討した。

今回40代を分析対象としたのは、この時期は性の問題の背景に夫との関係性が問われる時期でもある⁷⁾ことと、妊孕力は残しながら性の目的としての「生殖」の意味が少なくなり、「快楽」「愛」の意味が大きくなっていく時期であり、性的ニーズの調整が重要となる時期としてまず40代を知ることは重要と考えるからである。

Ⅱ. 研究方法

1. 目的：40代の有配偶者女性の嫌でも応じる性行為の現状を中国と日本で比較しその

共通点と相違点を明らかにする。

2. 方法：自記式アンケートによる調査

3. 調査方法：中国：配票留置調査法、日本：配票郵送調査法

4. 対象者：40代の有配偶者女性

5. 対象地域

1) 中国においては山東省済南(さいなん)市の主にボランティア健康講座受講者に依頼。尚、中国においては、共同研究者が中国の研究者に依頼して協力を得られる場所を選定して調査対象地域としたが、済南市は山東省の省都で、山東省の政治、文化、経済の中心都市である。2008年、山東省の一人当たりのGDPは全国で8位、経済的に恵まれた地域であり、人口のほとんどは漢族である。

2) 日本においては、新潟県内の主に共同研究者が講師をつとめた各健康教室の受講者に依頼した。

6. アンケートの中国語への翻訳：専門家によって中国語に翻訳し、日本語の意味が伝わりにくい場合も考慮して、英語からの理解と解釈も出来るように英語の翻訳文も添付して正確を期し、中国の研究協力者の理解が得られるようにした。また、共同研究者が中国語版から日本語に訳してチェックを行った。

7. 研究期間と調査票配布数・回収数

- 1) 中国：2010年8月、配布100通、回収60通(回収率60%)、内有効回答57通(有効回答率95%)。

2) 日本：2002年3月～8月，配布210通，回収127通(回収率60.5%)，内有効回答124通(有効回答率97.6%)。

8. 調査内容

アンケートについては，以下の調査項目を今回の分析に用いた。

1) 日本語

(1) 属性について

- ①あなたの年齢は何歳ですか⇒()歳
②あなたは現在お仕事をもっていますか⇒はい いいえ ③夫は何歳ですか⇒()歳 ④結婚して何年目ですか⇒()年目 ⑤現在，夫と一緒にの部屋に寝ていますか⇒はい いいえ

(2) 夫との性の関係の認識

ご夫婦の性(セックス)についてお聞きします。①あなたにとって性(セックス)は重要ですか⇒はい いいえ ②夫にとって性(セックス)は重要と思いますか⇒はい いいえ ③夫は避妊に協力的ですか⇒はい いいえ ④あなたは性(セックス)の欲求を夫に伝えますか⇒はい いいえ

(3) 性交回数について

あなた方ご夫婦は，この6か月間の性(セックス)の回数はどれくらいですか⇒1ヶ月に約()回

(4) 嫌でも応じる性行為について

これまでの結婚生活で，いやだと思って性(セックス)に応じたことがありますか⇒ある ない

(5) 嫌でも応じる性行為があった人のみに質問 性(セックス)がいやだと思った事のある人のみお答えください。

①結婚以来，性(セックス)が嫌でも断ら

なかったのは，現在までどれくらいですか
⇒全体の()%

②性(セックス)が嫌だと思った理由をお聞きします。aその気になれない⇒はい
いいえ b性交痛がある⇒はい いいえ
c疲れている⇒はい いいえ

③嫌な性行為に応じた理由：嫌だと思っても性(セックス)に応じた理由をお聞きします。a夫の幸福のため⇒はい いいえ
b断ると夫が不機嫌になるから⇒はい いいえ c自分の幸福のため ⇒はい いいえ
④嫌だと思っても性(セックス)に応じた時の気持ちをお聞きします。a夫のために我慢しようと思った⇒はい いいえ b悲しくなった⇒はい いいえ c悔しい思いがある⇒はい いいえ

2) 中国語

(1) 属性

①您的年龄多大?⇒()岁 ②您现在有工作吗?⇒有 无 ③您丈夫的年龄多大?⇒()岁 ④结婚几年?⇒()年
⑤现在您是否与您的丈夫同房就寝?⇒是 否

(2) 性生活关系 了解有关夫妻性生活(性交)的情况

①性生活(性交)对于您来说重要吗?⇒是 否 ②性生活(性交)对于您的丈夫来说重要吗?⇒是 否 ③您的丈夫是否能够配合采取避孕措施?您是否会主动要求性生活(性交)?⇒是 否 ④您是否认为自己会主动向丈夫表达性欲(性交)?⇒是 否

(3) 夫妻双方最近6个月的性生活(性交)次数为多少?⇒1个月约()次

(4) 厌倦时也会应付性生活

至今的结婚生活中，是否有感到厌倦而应付性生活（性交）的时候？⇒有 无

(5) 仅限已厌倦性生活的人

①仅限已厌恶性生活（性交）的人，请回答此项提问。结婚以来厌倦性生活（性交）时也没有拒绝，截止现在为止其比例有多大？⇒全体的（ ）%

②了解有关厌倦性生活（性交）的原因。a 没有兴趣⇒是 否 b 性交有痛感⇒是 否 c 疲倦⇒是 否

③了解有关应付已厌倦的性生活（性交）的原因。a 为了丈夫的幸福⇒是 否 b 拒绝后丈夫会不高兴⇒是 否 c 为了自己的幸福⇒是 否

④了解有关应付已厌倦的性生活（性交）时的心情。a 为了丈夫而忍耐⇒是 否 b 感到悲哀⇒是 否 c 至今仍感到懊悔⇒是 否

なお、調査項目の性行為が嫌な理由、嫌な性行為に応じる理由、嫌な性行為に応じた時の気持ちについては、主に事前調査（地域：新潟県、対象：健康教室受講の40代～60代女性48人、期間：2001年4月）を参考に作成した。

9. 倫理的配慮

1) 中国：研究者が、研究協力者と対象者に研究の趣旨を説明し、協力を承諾した対象者のみに調査票を手渡し、1週間後に研究協力者が回収した。

2) 日本：研究者が対象者に研究の趣旨を説明し、協力を承諾した対象者にのみ調査票と返信用封筒を手渡し、回収は郵送法とした。

いずれも、調査票は無記名とし、得られたデータは研究以外には使用しないことを説明した。

10. 統計：集計分析には統計パッケージSPSS (Ver18.0 for Windows) と、js-STAR 2012 (<http://www.kisnet.or.jp/nappa/software/star/>) を用い、欠損値は除いて集計した。統計的検定は変数が質的変数の場合は直接二項検定を、変数が量的変数の場合はt検定を行った。いずれも有意水準が5%未満の場合を統計的に有意（以下「有意」）であるとした。統計値は表に記した。

11. 言葉

「嫌でも応じる性行為」については、望んでいないにもかかわらず、性的欲求の喚起が不十分な状態で夫と交渉をもつに至った性行為をいう。ただし、性行為の起点において応じることが嫌であったかどうかであって、結果として性的に満足が得られたかどうかについてはこの場合考慮していない。

Ⅲ. 結果

1. 中国

1) 属性（表1）

「年齢」43.6歳、「夫の年齢」46.4歳、「結婚年数」19.3年である。「就業の有無」は「あり」が59.6%、「寝室の夫婦同室・異室」は「同室」が96.5%である。

2) 嫌でも応じる性行為の実態

(1) 嫌でも応じる性行為の経験の有無について（表2）

「嫌でも応じる性行為の経験の有無」で

表1 属性(中国・日本別)

質問 国別	年 齢 (標準偏差) 中国 N=57 日本 N=127	夫の年齢 (標準偏差) 中国 N=57 日本 N=127	結婚年数 (標準偏差) 中国 N=57 日本 N=127	就業の有無			寝室の夫婦同室・異室		
				あり 人 (%)	なし 人 (%)	合計 人 (%)	同室 人 (%)	異室 人 (%)	合計 人 (%)
中 国	43.6 (±2.5)	46.4 (±2.9)	19.3 (±2.9)	34 (59.6)	23 (40.4)	57 (100.0)	55 (96.5)	2 (3.5)	57 (100.0)
日 本	45.1 (±2.8)	47.9 (±4.1)	20.5 (±4.4)	114 (89.8)	13 (10.2)	127 (100.0)	111 (87.4)	16 (12.6)	127 (100.0)

表2 嫌でも応じる性行為の経験の有無
(中国・日本別)

質問 国別		嫌でも応じる性行為の 経験の有無 中国 N=56 日本 N=124	
		あり	なし
中 国	人 (%)	17 (30.4)	39 (69.6)
	直接二項検定 有意確率	p=0.004 **	
日 本	人 (%)	96 (77.4)	28 (22.6)
	直接二項検定 有意確率	p=0.000 **	

** p<0.01

表3 嫌でも応じる性行為の頻度(嫌でも応じる
性行為がある人のみ)、性交回数(中国・日本別)

項目 国別	嫌でも応じる 性行為の頻度 % (標準偏差) 中国 N=15 日本 N=93	性交回数(回/月) 回 (標準偏差) 中国 N=55 日本 N=119
中 国	10.5 (±9.8)	7.5 (±2.9)
日 本	36.7 (±26.5)	2.8 (±2.8)
検定・ 有意確率	t (106) = -3.77 p=0.000 **	t (172) = -1.870 p=0.000 **

** p<0.01

は、「あり」(以下「あり」を肯定群、「なし」を否定群とする)の肯定群は30.4%で、否定群が有意に多い(P=0.004)。

(2) 嫌でも応じる性行為の頻度について(表3)

嫌でも応じる性行為の経験が有る場合に「嫌でも応じる性行為の頻度」は10.5(SD9.8)%で、日本より有意に少なく、その差は26.2ポイントである(P=0.000)。

3) 嫌でも応じる性行為の背景的事実

(1) 性行為が嫌な理由について(表4)

「性行為が嫌な理由」は、肯定群は「その気になれない」23.5%(P=0.049),「疲れている」70.6%(P=0.002),「性交痛がある」11.8%(P=0.002)である。「疲れている」は肯定群が有意に多く、「その気になれない」,

「性交痛がある」は否定群が有意に多い。

(2) 嫌な性行為に応じる理由について(表5)

「嫌な性行為に応じる理由」は、肯定群は「断ると夫が不機嫌になるため」58.8%(P=0.629),「夫の幸福のため」41.2%(P=0.629),「自分の幸福のため」17.6%(P=0.012)である。「自分の幸福のため」は否定群が有意に多い。

(3) 嫌な性行為に応じた時の気持ちについて(表6)

「嫌な性行為に応じた時の気持ち」は、肯定群は「夫のために我慢しようと思った」88.2%(P=0.002),「悲しくなった」11.8%(P=0.002),「悔しい思いがある」23.5%(P=0.004)である。「我慢しようと思った」

表4 性行為が嫌な理由(嫌でも応じる性行為がある人のみ)(中国・日本別)

質問 国別		性行為が嫌な理由					
		その気になれない 中国 N=17 日本 N=96		疲れている 中国 N=17 日本 N=96		性交痛がある 中国 N=17 日本 N=96	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
中国	人(%)	4 (23.5)	13 (76.5)	12 (70.6)	5 (29.4)	2 (11.8)	15 (88.2)
	直接二項検定 有意確率	p=0.049 *		p=0.002 **		p=0.002 **	
日本	人(%)	78 (81.3)	18 (18.7)	82 (85.4)	14 (14.6)	28 (29.2)	68 (70.8)
	直接二項検定 有意確率	p=0.000 **		p=0.000 **		p=0.001 **	

* p<0.05 ** p<0.01

表5 嫌な性行為に応じる理由(中国・日本別)

質問 国別		嫌な性行為に応じる理由					
		断ると夫が不機嫌になるため 中国 N=17 日本 N=95		夫の幸福のため 中国 N=17 日本 N=95		自分の幸福のため 中国 N=17 日本 N=95	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
中国	人(%)	10 (58.8)	7 (41.2)	7 (41.2)	10 (58.8)	3 (17.6)	14 (82.4)
	直接二項検定 有意確率	p=0.629 ns		p=0.629 ns		p=0.012 *	
日本	人(%)	53 (55.8)	42 (44.2)	36 (37.9)	59 (62.1)	9 (9.5)	86 (90.5)
	直接二項検定 有意確率	p=0.304 ns		p=0.023 *		p=0.000 **	

* p<0.05 ** p<0.01

表6 嫌な性行為に応じた時の気持ち(嫌でも応じる性行為がある人のみ)(中国・日本別)

質問 国別		嫌な性行為に応じた時の気持ち					
		夫のために我慢 しようと思った 中国 N=17 日本 N=94		悲しくなった 中国 N=17 日本 N=95		悔しい思いがある 中国 N=17 日本 N=94	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
中国	人(%)	15 (88.2)	2 (11.8)	2 (11.8)	15 (88.2)	4 (23.5)	13 (76.5)
	直接二項検定 有意確率	p=0.002 **		p=0.002 **		p=0.004 **	
日本	人(%)	79 (84.0)	15 (16.0)	28 (29.5)	67 (70.5)	11 (11.7)	83 (88.3)
	直接二項検定 有意確率	p=0.000 **		p=0.000 **		p=0.000 **	

** p<0.01

表7 夫との性の関係に関する認識 (中国・日本別)

質問 国別		夫との性の関係に関する認識							
		夫に性の欲求を伝える 中国 N=56 日本 N=125		夫に性は重要であると思う 中国 N=57 日本 N=126		性は重要であると思う 中国 N=57 日本 N=126		夫は避妊に協力的である 中国 N=57 日本 N=121	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
中国	人 (%)	44 (78.6)	12 (21.4)	38 (66.7)	19 (33.3)	35 (61.4)	22 (38.6)	49 (86.0)	8 (14.0)
	直接二項検定有意確率	p=0.000 **		p=0.016 *		p=0.111 ns		p=0.000 **	
日本	人 (%)	37 (29.6)	88 (70.4)	105 (83.3)	21 (16.7)	68 (54.0)	58 (46.0)	111 (91.7)	10 (8.3)
	直接二項検定有意確率	p=0.000 **		p=0.000 **		p=0.422 ns		p=0.000 **	

* p<0.05 ** p<0.01

は肯定群が有意に多く、「悲しくなった」、「悔しい思いがある」は否定群が有意に多い。

年数」20.5年である。「就業の有無」は「あり」が89.8%、「寝室の夫婦同室・異室」は「同室」が87.4%である。

(4) 夫との性の関係の認識について (表7)

夫との性の関係の認識では、「はい」(以下「はい」を肯定群、「いいえ」を否定群とする)は「夫に性の欲求を伝える」78.6% (P=0.000), 「夫に性は重要であると思う」66.7% (P=0.016), 「性は重要であると思う」61.4% (P=0.111), 「夫は避妊に協力的である」86.0% (P=0.000) である。「夫に性の欲求を伝える」、「夫に性は重要であると思う」、「夫は避妊に協力的である」については肯定群が有意に多い。

(5) 性交回数 (表3)

「性交回数」は7.5 (SD2.9) 回/月で、日本より有意に多くその差は4.7ポイントである (P=0.000)。

2. 日本

1) 属性 (表1)

「年齢」45.1歳, 「夫の年齢」47.9歳, 「結婚

2) 嫌でも応じる性行為の実態

(1) 嫌でも応じる性行為の経験の有無について (表2)

「嫌でも応じる性行為の有無」では、肯定群は77.4%で肯定群が有意に多い (P=0.000)

(2) 嫌でも応じる性行為の頻度について (表3)

嫌でも応じる性行為の経験が有る場合に「嫌でも応じる性行為の頻度」は36.7 (SD26.5) %で、中国より有意に多い (P=0.000)。

3) 嫌でも応じる性行為の背景の実態

(1) 性行為が嫌な理由について (表4)

「性行為が嫌な理由」は、肯定群は「その気になれない」81.8% (P=0.000), 「疲れている」85.4% (P=0.000), 「性交痛がある」29.2% (P=0.001) である。「その気になれな

い」,「疲れている」は肯定群が有意に多く,「性交痛がある」は否定群が有意に多い。

(2) 嫌な性行為に応じる理由について(表5)

嫌な性行為に応じる理由は,肯定群は「断ると夫が不機嫌になるため」55.8% ($P=0.304$),「夫の幸福のため」37.9% ($P=0.023$),「自分の幸福のため」9.5% ($P=0.000$)である。「夫の幸福のため」,「自分の幸福のため」は否定群が有意に多い。

(3) 嫌な性行為に応じた時の気持ちについて(表6)

「嫌な性行為に応じた時の気持ち」は,肯定群は「夫のために我慢しようと思った」84.0% ($P=0.000$),「悲しくなった」29.5% ($P=0.000$),「悔しい思いがある」11.7% ($P=0.000$)である。「夫のために我慢しようと思った」は肯定群が有意に多く,「悲しくなった」,「悔しい思いがある」は,否定群が有意に多い。

(4) 夫との性の関係の認識について(表7)

夫との性の関係の認識では,肯定群は「夫に性の欲求を伝える」29.6% ($P=0.000$),「夫に性は重要であると思う」83.3% ($P=0.000$),「性は重要であると思う」54.0% ($P=0.422$),「夫は避妊に協力的である」91.7% ($P=0.000$)である。「夫に性は重要であると思う」,「夫は避妊に協力的である」は肯定群が有意に多く,「夫に性の欲求を伝える」は否定群が有意に多い。

(5) 性交回数(表3)

「性交回数」は2.8 (SD2.8) 回/月で,中国

との比較において有意に少ない ($P=0.000$)。

IV. 考 察

1) 嫌でも応じる性行為の実態

嫌でも応じる性行為の経験の有無と頻度について

中国において「嫌でも応じる性行為」の経験は30.4%であり,その性行為全体における頻度は10.5%である。

一方,日本では「嫌でも応じる性行為」の経験は77.4%であり,その頻度は36.7%で,いずれも中国より多いことから,嫌であるが性行為に応じることによる葛藤は日本に多いといえる。

2) 嫌でも応じる性行為の背景の実態

(1) 性行為が嫌な理由について

中国において性行為が嫌な理由は「疲れている」が多く,「性交痛がある」,「その気になれない」は少ない。

一方,日本においては「疲れている」,「その気になれない」が多く,「性交痛がある」は少ないことから,中国,日本において疲れているという疲労感に関わる一日の体調の良否が,性行為が嫌であるかどうか感じる要因として重要であり,日本においてはその他にその気になれないという性行為に対する気分の問題も大きいといえる。また,性交痛については,中国,日本共に少ない。

(2) 嫌な性行為に応じる理由について

中国において嫌な性行為に応じる理由の「自分の幸福のため」は少なく,「夫の幸福のため」,「断ると夫が不機嫌になるため」

は差がみられない。

一方、日本においては、「自分の幸福のため」、「夫の幸福のため」は少なく、「断ると夫が不機嫌になるため」は差がみられないことから、中国、日本において性行為に嫌でも応じるかどうかの態度を決める上で、自分のためと意識することが少なく、日本においてはその他に夫の幸福のためと意識することも少ないといえる。また、断ると夫が不機嫌になるためには中国、日本共に差がないことから、夫の不満への対処という側面はあまり意識されていないといえる。

(3) 嫌な性行為に応じた時の気持ちについて

中国と日本において嫌な性行為に応じた時の気持ちの「夫のために我慢しようと思った」は多いが、「悲しくなった」、「悔しい思いがある」は少ない。

中国、日本において性行為が嫌であっても我慢をしていることが多いが、自分の感情を抑制すること事が出来るレベルであり、最終的には自分の意思によって性行為に応じているという認識が、夫との性的関係の不満を大きくする悲しい、悔しいという感情を引き起こすことにはつながらないといえる。

(4) 夫との性の関係の認識について

中国において夫との性の関係の認識の「夫に性の欲求を伝える」、「夫は避妊に協力的である」、「夫に性は重要であると思う」は多く、「性は重要であると思う」は差がみられない。

一方、日本においては、「夫に性の欲求

を伝える」は少なく、「夫は避妊に協力的である」、「夫に性は重要であると思う」が多く、「性は重要であると思う」は差がみられないことから、中国においては夫に性の欲求を伝えるという性的欲求の表出に関しては能動的であり、夫婦間で嫌な性行為を求めない・応じないという関係が確立されやすいが、日本においては受動的で、性行為が嫌であることを伝えることに消極的であるといえる。また、中国、日本において夫に性は重要であるとの認識と夫が避妊に協力的であるとの認識が多いことから、避妊に協力的であることによって妊娠による母体への負担を避けて性行為を夫と妻が平等に享受することを可能としており、夫への性的関係の信頼が夫の性的欲求を尊重しようとする一つの要因となっているといえる。

(5) 性交回数

中国において「性交回数」は7.5回／月、日本は2.8回／月で、性的関係は中国が活発であるといえる。

V. 結 論

嫌でも応じる性行為について、性行為が嫌な理由、性行為に応じる理由、性行為に応じた時の気持ちと、夫との性的関係の認識について中国と日本の現状を比較検討した。

中国と日本の比較における、嫌でも応じる性行為に関する相違点と共通点は以下である。

1) 嫌でも応じる性行為の経験の割合とその頻度

中国において、嫌でも応じる性行為を経験

している人は30.4%で、その頻度はこれまでの性行為の10.5%である。一方、日本においては嫌でも応じる性行為を経験している人は77.4%、その頻度は36.7%で、経験している割合とその頻度共に日本が多い。

2) 性行為が嫌な理由

中国、日本において「疲れている」が多い。一方、日本においては「その気になれない」も多い。

3) 嫌な性行為に応じる理由

中国、日本において「自分の幸福ため」は少ない。一方、日本においては「夫の幸福のため」についても少ない。

4) 嫌な性行為に応じた時の気持ち

中国、日本において「夫のために我慢しようと思った」が多いが、「悲しくなった」、「悔しい思いがある」は少ない。

5) 夫との性の関係の認識

中国において「夫に性の欲求を伝える」が多いが、日本においては少ない。また、中国、日本において「夫は避妊に協力的である」、「夫に性は重要であると思う」が多い。

6) 性交回数

中国において「性交回数」は日本より多い。

嫌でも応じる性行為については性行為が開始される時点で性行為が嫌であったかどうかには焦点をおいたが、嫌でも応じる性行為が全て不満足な結果に終わるとはいえないことから、今後、嫌でも応じる性行為につい

ての理解を深めるために、嫌でも応じる性行為が性的快楽の享受に影響し夫との性的関係に不満足をもたらすものか、結婚生活における夫との関係性が影響をするのかどうかについても検討する必要がある。

この研究の限界は、性行為が嫌である状態で応じる性行為に関して、その有無と割合についてのみの質問であったため、嫌でも応じる性行為について、「嫌」であることの程度の定義が不十分であること、そのため本人が嫌であると感じた気分の程度や経緯を加えての考察が不十分であること、嫌でも応じる性行為の経験の有無を結婚以来としたが、対象の19.3～20.5年の結婚生活の経過においては、その理由も頻度も異なっていることを考慮していないことがある。また、調査地点に関して、それぞれの国の一地域において行われたものであるため、この結果を一般化するためには、それぞれの国の文化的背景などの考察が不可欠であるが、本研究においてはその考察内容は十分とは言えないことである。調査時期に時間的な差が大きいこともあることから今後、機会が得られれば中国と日本において調査地点を増やし、同じアジアに住む中高年世代の女性の性的関係の理解を深めていきたい。

謝 辞

この研究に当り、研究にご協力くださいました、中国の皆様、日本の皆様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 森岡清美, 望月崇: II 結婚への道3. 青年期の異性交際. 新しい家族社会学. 培風館, 東京, 25, 2009
- 2) 金子和子: 人間の性行動. 日本性科学学会監修: セックス・カウンセリング入門. 金原出版株式会社, 東京, 38-43, 2005
- 3) 永田夏来: 夫婦関係におけるセクシュアリティ. 関修・志田哲之編: 挑発するセクシュアリティ—法・社会・思想へのアプローチ. 新泉社, 東京, 192-220, 2009
- 4) 荒木乳根子: v セクシャリティ. 武谷祐二総編集: 新女性医学大系 21 更年期・老年期医学. 中山書店, 東京, 239-249, 2001
- 5) 于建明: 中国都市部の中年期夫婦にみる情緒関係—中年期の二つの世代の比較を通して—. 人間文化創生科学論叢 11: 259-265, 2008
- 6) 羅萍, 猛新安: 中国中部都市農村における夫婦の家庭内地位の現状調査分析. 『創大中国論集』8: 99-111, 2005
- 7) 大川玲子: 中年期女性のセックス・カウンセリング. 日本性科学学会監修: セックス・カウンセリング入門. 金原出版株式会社, 東京, 190-194, 2005

原 著

エストラジオールクリームバストミン®の経外陰部投与の長期成績

LUNA 骨盤底トータルサポートクリニック¹⁾

横浜元町女性医療クリニック LUNA²⁾

関口 由紀¹⁾, 槍澤ゆかり²⁾, 金城 真実¹⁾,

藤島 淑子¹⁾, 前田 佳子¹⁾

Long-term results of vulval local treatment by estradiol cream BASTOMIN®

LUNA pelvic floor total support clinic¹⁾

Yokohama Motomachi Women's clinic LUNA²⁾

SEKIGUCHI Yuki¹⁾, UTSUGISAWA Yukari²⁾, KINJO Manami¹⁾,

FUJISIMA Yoshiko¹⁾, MAEDA Yoshiko¹⁾

抄録:

緒言: バストミン®は、大東製薬工業製の日本で唯一のOTCのエストラジオールクリームである。当院では、バストミン®を経外陰部で局所投与している。今回我々は、バストミン®を長期に使用した症例の投与方法と効果ならびに安全性に関して検討したので報告する。

対象と方法: LUNA骨盤底トータルサポートクリニックに通院中のバストミン®を長期使用している患者13名に、アンケート調査を施行した。

結果: 投与頻度は、平均週2.5回(週3回～週2回)。使用量は、平均0.9cm(0.65cm～1cm)であった。塗布部位は、外陰部が11名、膣部が2名であった。バストミン®投与前の有症状率は、外陰部乾燥感69.2%、陰部痛46.2%、陰部下垂感46.2%等であった。このうち外陰部乾燥感と陰部痛は、バストミン®投与後に統計的に有意な改善を認めた。副作用は、適用部位の腫脹を1名、適用部位そう痒感を1名、乳房痛を2名に認めた。

まとめ: バストミン®は、陰部痛、陰部乾燥感等に対して安全に局所投与できる女性ホルモンクリームである。投与により陰部症状、尿路症状の改善効果も期待できる。

Abstract

BASTMIN® is the only one estradiol cream made in JAPAN. It is used for vulval local treatment in our clinics. The survey was done by a questionnaire for 13 patients.

The average using frequency was 2.5 per week (1-7). The average using volume was 0.9cm. (0.65cm-1cm) The rate of symptoms in pretreatment were as follows. Vaginal dryness was 69.2%. Vaginal pain was 46.2%. The desend feeling of vagina was 46.2% and so on. Vaginal dryness and vaginal pain were improved statistical significantly in post treatment. Side effects were vaginal swelling (1 case), vaginal itching (1case), breast swelling (2cases). BASTMIN® is the estradiol cream which is safety and effective to vaginal pain and dryness.

Keywords: estradiol cream, local treatment, vagina

緒 言

外陰部萎縮に対する女性ホルモンの局所投与は、世界的に標準的な治療だが¹⁾、日本では腔坐剤による治療が一般的で、クリーム製剤の使用は限定的である。バストミン®は、大東製薬工業製の日本で唯一のOTCのエストラジオールクリームだが、その効果と安全性が確かめられており²⁾、当院では、バストミン®を経外陰部や経腔的に局所投与している。今回我々は、バストミン®を長期に使用した症例の投与方法と効果ならびに安全性に関して検討したので報告する。

対象と方法

LUNA骨盤底トータルサポートクリニックに通院中のバストミン®を長期使用している患者13名に、アンケート調査を施行した。使用法に関しては、使用前に医師から、チューブからクリームを約1cmとり、これを症状に合わせて、外陰部または腔入口部に塗布する。塗布回数は、60歳未満は週3回、60歳以上は週2回から開始して、適宜増減するように説明した。調査項目は、使用方法、使用前および使用後の症状および重症度、副作用と思われる症状の有無、症状の全般的改善度とした。使用方法は、使用期間、使用頻度(1週間当

たりの塗布回数)、使用量、塗布部位、使用中の中断の有無を検討した。使用前および使用後の症状および重症度は、①下腹部が痛い、②いつも尿が残った感じがする、③膀胱が痛い、④陰部が痛い、⑤陰部下垂感(陰部が落ちてきているような感覚)、⑥セックスの時痛みを感じる、⑦尿に血が混じる、⑧頻尿(トイレが近い)、⑨尿がもれそうになる、⑩外陰部のかゆみ、⑪外陰部の乾燥感、⑫その他、の症状を、症状なし(0点)、弱い(1点)、中くらい(2点)、強い(3点)、かなり強い(4点)の段階で答えてもらい、スコア化した。さらにドメイン別症状として②、③、⑧、および⑨の尿路症状および④、⑤、⑩および⑪の外陰部症状、および全症状のスコアを集計し使用前後で比較した。症状の全般的改善度には、臨床全般印象度(Clinical Global Impressions scale)を用い、使用前と比較した使用後の全般的状態を、かなり悪い、悪い、少し悪い、変化なし、少し良い、良い、かなり良いで評価した。

結 果

使用期間は、3カ月以下が8例、4～6カ月が2例、7～12カ月が1例、2年が1例、6年が1例だった。使用頻度は、使用開始時は平

均週3.3回(1~7回), 調査時は平均週2.2回(0~7回)だった。全体としては, 使用頻度は減少傾向だったが, ばらつきが多い結果だった。(図1)1回の投与量と塗布部位に関しては, 1回1cmを外陰部に塗る患者がもっとも多かった(表1)。

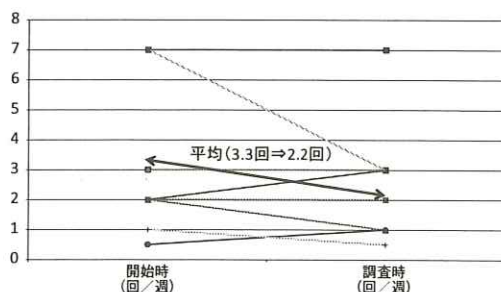


図1 使用頻度

表1 1回塗布量と塗布部位別人数

1回の塗布量 cm/回	開始時	調査時
1cm未満	2	3
1cm	11	10

塗布部位 部位	開始時	調査時
外陰部	11	12
膣	2	1

バストミン投与前の各症状の有症状率は, 陰部痛(46.2%)や陰部下垂感(46.2%), 外陰部の乾燥感(69.2%)等が高かった(図2)。

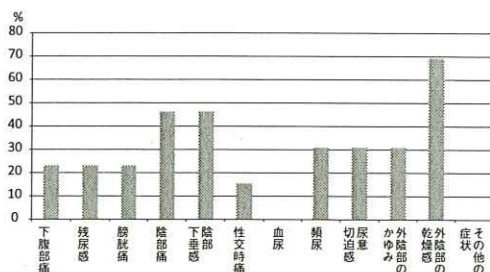


図2 バストミン投与前の有症状率

バストミン使用前後の症状重症度の変化をスコアの総点で評価したところ, 全ての症状においてバストミン投与後に改善傾向を示した。そのうち陰部痛と陰部の乾燥感に関しては, 統計的に有意な改善を認めた(図3)(t検定 EXEL 2010)。さらに陰部症状, 尿路症状のドメイン別の症状スコアと全てのスコアの総点を, バストミン投与前と投与後で比較すると, 陰部症状, 尿路症状, トータルスコアは, 全て統計的な有意な改善を認めた(図4)(t検定, EXEL 2010)。

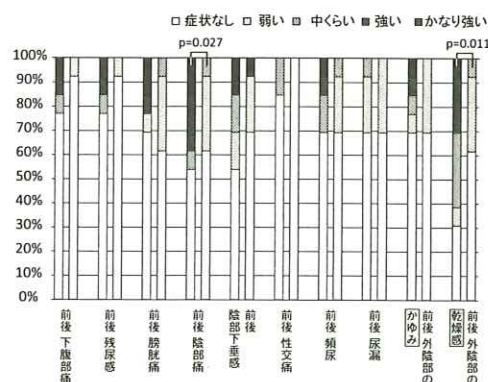


図3 バストミン使用前後の重症度比率の変化

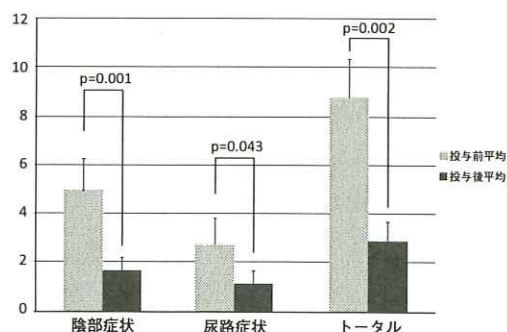


図4 バストミン使用前後のドメイン別およびトータルスコア(平均+S.E.)

副作用は, 適用部位の腫脹が1例, 適用部位そう痒感1例, 乳房痛2例, 外陰下垂感1例で, いずれも軽度であった。臨床全般印

象度は、かなり悪い0例、悪い0例、少し悪い0例、変化なし1例、少し良い4例、良い4例、かなり良い4例、合計13例で、「少し良い」以上92.3%、「良い」以上 61.5%であった。

考 察

女性泌尿器科とは、女性の①腹圧性尿失禁、②過活動膀胱、③骨盤臓器脱、④間質性膀胱炎/慢性骨盤痛症候群、⑤女性性機能障害を専門に取り扱う診療科であるが、当院では、それぞれの疾患に、性ホルモンの全身投与ではなく、局所投与で治療を行っている。バストミン[®]（大東製薬工業製）は、OTC医薬品（一般用医薬品）ではあるが、日本で唯一のエストラジオールクリームである。バストミン[®]は、経外陰投与で投与可能である。使用法は、1回1cmをチューブからひねり出し、1日1回～1週間1回の頻度で、就寝前に外陰部に塗布している。今回の検討では、バストミン[®]の局所投与が、陰部痛、陰部乾燥感等に対して特に効果的であること、さらに副作用が軽微であることが示唆された。

一方投与開始時は、腔内塗布をしていた患者1名が、調査時に外陰部塗布に変更になっていたが、これは性交痛が主訴であったため投与開始時は腔内投与としたが、その後腔の腫脹感が出現したため投与部位を外陰部へ変更した症例だった。この症例に関しては、外陰部投与に変更しても性交痛の改善は認められた。このことからクリーム基剤が腔粘膜を刺激してしまう症例には、腔内投与ではなく、外陰部投与をすすめるべきであることが示唆された。

腹圧性尿失禁に対する女性ホルモンの効果は現在否定されており、当院では原則とし

てホルモン補充はしていない³⁾。しかし外陰部の萎縮の著しい患者では、腹圧性尿失禁の術前に、エストラジオールクリームを使用している。過活動膀胱に対しては、内服の女性ホルモンの効果は否定的であるが、一方経腔・経外陰投与に関しては、一定の効果があるとされている⁴⁾。今回の検討では、個別の症状で有意差がでた症状は、陰部痛と陰部乾燥感であったが、症状を陰部症状と尿路症状に分けた場合は、尿路症状は有意に改善しており、この結果は、過去の研究と一致する結果であった。特に萎縮性腔炎を合併している時は、抗ムスカリン剤や β 3刺激剤の内服に併用して、女性ホルモンの経腔・経会陰投与を行うと効果的であると考えられる。

さらに当院では、骨盤臓器脱に関しては、マイルスリング自己着脱時に、エストラジオールクリームやエストリオール軟膏を使用している。これはリングの刺激による陰部痛や、腔内乾燥による腔部びらんの発生予防のためである。また間質性膀胱炎には、軽症の場合は、抗うつ剤・抗アレルギー剤・末梢神経障害性疼痛治療剤などの内服で治療を行うが、萎縮性腔炎を合併している際は、エストラジオールクリームを併用している。これらの使用のしかたは、これも先行研究や今回の研究結果に矛盾しない使用法であると考えられる。

最後に当院では、女性性機能障害のうち更年期以降の萎縮性腔炎による性交痛に関しても、バストミン[®]の週2～3回塗布を第1選択にしている。バストミン[®]で、性器出血が起こってしまう場合は、自家製剤のエストリオール軟膏に変更している。我々の先行論文²⁾では、バストミン[®]の経外陰投与で、血中エ

ストロゲン値の過度の上昇や、子宮内膜の増殖を認めないことが示されているが、当院の使用方法は、この先行論文のうちの最低量であり、安全性が高いと予想される。

結 語

バストミン®は、陰部痛、陰部乾燥感等に対して安全に局所投与できる女性ホルモンクリームであり、投与により陰部症状、尿路症状の改善効果も期待できる。

文 献

- 1) Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy. Sarah H Lindahl, Int J Womens Health, 2014; 6: 307-312
- 2) 更年期以降の外陰部乾燥、掻痒に対する

estrogen 含有クリーム (バストミンTM) の効果. 合阪幸三, 関口由紀, 生月弓子, 有田白峰, 長坂一憲, 入山高行, 松岡良, 小畑清一郎, 日本更年期医学会雑誌 Vol.16, No2, 252-257, 2008

- 3) Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moher B, Hextall A, Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17; 10: CD001405. doi: 10.1002/14651858. CD001405. pub 3
- 4) Oestrogens and overactive bladder. Robinson D, Caedozo L, Milsom I, Pons ME, Kirby M, Koelbl H, Vierhout M, Nuerourol Urodyn, 2013 Jul 19. doi:10.1002/nau. 22464

編集後記

日本性科学会雑誌第32巻1号をお届けします。今回は2013年9月に早乙女智子先生を会長に横浜で開催された第33回日本性科学会学術集会の会長講演、ならびに特別講演を掲載させていただきました。原著論文も6編と充実した内容となっています。

複数のレフェリーによる査読制度を取り入れるようになって、原稿の完成度も高くなりました。著者と査読者のやり取りや責任編集者の確認作業などで、編集作業に若干時間がかかる場合もあり、みなさまにご迷惑をおかけしております。しかし、少しずつではありますが、新編集体制にも慣れ、よりよい性科学会雑誌をお届けできるようになったと思います。

本学会雑誌は、さまざまな領域の「性」のエキスパートがいろいろな観点から発表する貴重な学術誌です。「性」という分野を、教育学、心理学、生命科学、倫理学、社会学、福祉学、精神医学、産婦人科学、泌尿器科学、看護学、などなど、多くの分野の視線で、広く深く追求していくことができる素晴らしいものであると自負しています。読者の皆様の性の研究と実践について知識を深くしていただければこの上ない喜びです。皆様の積極的なご投稿をお待ちします。今後ともよろしくお願いいたします。

(A.N.)

日本性科学会会則

第 1 章 総 則

第 1 条 本会は、日本性科学会 (Japan Society of Sexual Science) と称する。

第 2 条 本会は、事務局を東京都内に置く。

第 2 章 目的及び事業

第 3 条 本会は、わが国における性科学の理論的確立及び性治療の技法の研究・開発を促進させると共に、会員相互の連絡提携を計り、学術文化の発展に寄与することを目的とする。

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

1. 学術集会 (学会) の開催
2. 機関誌及び学術図書の刊行
3. 研修会, 研究会, セミナー等の開催
4. 共同研究の実施
5. 性治療に必要な資材・機器等の研究・開発
6. 各種機関との情報交換
7. 資格認定制度の実施
8. その他, 本会の目的を達成するために必要な事業

第 3 章 会 員

第 5 条 会員の種別

1. 正会員：第6条の資格を有する個人
2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し、理事会の承認を得た法人
3. 名誉会員：本会の発展に寄与し、理事会の承認を得た個人

第 6 条 正会員の資格

1. 医 師
2. 心理職
3. 看護師, 保健師, 助産師
4. その他, 性に関連する領域の学問的知識を持つ者で理事会の承認を得た個人

第 7 条 会 費

正会員及び賛助会員の会費は、会費規程に定める。

第 8 条 正会員を希望するものは、原則として会員1名以上の推薦により、当該年度の会費を添えて、所定の申込書を提出しなければならない。理事会は必要に応じ資格の審査を行う。

第 9 条 会員は、学会が発行する機関誌の配布を受け、機関誌への投稿及び学術集会における発表を行うことができる。

第 10 条 会員は次の事由により、その資格を喪失する。

1. 退 会
2. 死 亡
3. 除 名
4. その他

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

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

第 4 章 役 員

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

第 13 条 理事長は理事の中より選出し、総会において承認する。

第 14 条 役員は次のように構成する。

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

第 15 条 役員の任期は1期2年とし、再任を妨げない。

補欠による役員の任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

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

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年1回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

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

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

第 6 章 支部、委員会等の設置

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

第 7 章 学術集会（日本性科学会）

第 25 条 学術集会（日本性科学会）を年 1 回開催する。

第 26 条 学術集会の企画は企画担当理事が行い、その運営は学会長が行う。

第 8 章 会 計

第 27 条 本会の経費は、会費及び寄付金、その他の収入によって支弁する。

第 28 条 本会の会計年度は毎年 4 月に始まり、翌年 3 月に終わる。

第 9 章 会則の変更及び規程の制定・変更

第 29 条 会則の変更は総会の議を経て行う。

第 30 条 本会則施行に関する規程の制定及び変更は理事会の議を経て行う。

第 31 条 理事の選挙管理規程については別に定める。

第 10 章 補 則

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

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

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

第 35 条 本会事務局は、当分の間、J A S C T 事務所に置く。

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

理 事 選 挙 管 理 規 程

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

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

会 費 規 程

(2008年4月1日より施行)

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

日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」

資格認定規定

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

行わせる。

- 第 7 条 資格認定を申請する者は、所定の申請書、証明書等にケースレポート(4,000字前後のケース2例をワープロ印字にて)及び審査料を添えて、資格認定委員会宛に申請する。ケースレポートの内容は、申請書類の研究業績に記載される論文等とは重複しないものとする。
- 第 8 条 資格認定の審査は、原則として年1回とし、毎年8月1日から8月31日の間に申請を受け付ける。
- 第 9 条 資格審査料は「セックス・カウンセラー」3万円、「セックス・セラピスト」5万円、登録料は2万円とする。
- 第 10 条 認定を受けた者は、本学会名簿の、「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」として登録される。登録された者には登録証を交付する。登録証の有効期限は5年とし、別に定める所定の手続きを経て更新することができる。
- 第 11 条 認定された後、ふさわしくないカウンセリングやセラピーが行われた場合には、認定制度委員会の審議を経て、理事会において資格を取り消すことがある。本学会を退会した場合には、資格は消失する。
- 第 12 条 本規定の運営は認定制度委員会が担当する。委員は理事会の議を経て理事長が委嘱する。

付則 1. 本規定は平成9年5月1日から施行する。

2. 本規定の改正は理事会において審議決定する。
3. 過渡的措置に関しては別に定める。
4. 本規定中の“本学会”とは、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会を含む。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」

資格認定更新に関する規定

1. 日本性科学会は、認定者のレベル保持のため、次の方式により認定更新制を施行する。
2. 日本性科学会の認定を受けた者(認定者)は、認定を受けてから5年を経たときに、認定更新の審査を受けなければ、引き続いて認定者を呼称することはできない。
3. 認定更新は、資格認定制度委員会が行う。
4. 認定更新は、毎年1回、ニューズレターに公告して行う。この公告には、その年度に更新審査を受けるべき該当者、ならびに認定更新に必要な提出書類や申請期日を掲載する。
5. 認定更新を希望する者は、公告に従い、所定の書類を添付して認定更新の申請をしなければならない。
6. 認定更新は、認定を受けてから5年間に本学会が指定した教育的、学術的企画に参加し、その所定研修単位を取得したものについて行う。
 - 1) 総単位数は、40単位以上とする。
 - 2) 上記 1) のうち、20単位以上は日本性科学会の企画したものへの参加により取得したものとする。また上記 1) の単位数は少なくとも3年以上にわたって取得したものとする。
7. 認定更新に必要な研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - 1) 研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - ① 日本性科学会が行うもの
 - (イ) 学術集会
日本性科学会の学術集会への参加は10単位とする。演者は3単位、共同演者は1単位加算する。この参加単位は、1日以上のお会期の場合、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日以上のお会期の場合、1日の出席でも1回と計算する。
 - (ハ) 症例研究会
日本性科学会の症例研究会への参加は3単位とする。演者は3単位加算する。
 - ② 日本性科学会以外が行うもの
日本性科学会が指定した下記学会の学術集会または研究会への参加は5単位とする。演者は2単位加算する。性の健康世界学会(WAS world association for sexual health), アジア・オセアニア性科学会(AOFS Asia Oceania Fedelation of Sexology), 日本性機能学会, 日本性教育協会, 日本家族計画協会, 日本思春期学会, 日本性感染症学会, 性の健康医学財団, 日本心身医学会, AASECT, SSSSその他のセクソロジー関連の学術集会,

研究会及び講演会

③ 論文掲載

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

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

更新申請料10,000円、更新登録料10,000円とする。

この規定は平成10年12月1日より施行する。

投 稿 規 定

1. 本誌への投稿は、原則として本会会員のものに限る。
2. 原稿は、本会の目的に関係のある原著、総説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他で、未発表のものに限る。
3. 原稿は、パーソナルコンピュータ上のワープロソフトを使用する。和文原稿は、A4版横書き、10.5ポイント、横40字、縦30行とし、英文原稿は、A4版、ダブルスペースで、1頁につき横60字、縦30行以内とする。
4. 論文の長さは、原著および総説の場合、刷り上がりで10頁以内（図表を含み、表題、所属、著者名、連絡先を除いて、およそ和文400字詰め原稿用紙30枚以内）とし、臨床報告およびその他は、刷り上がりで4頁以内とする。
5. 図、表、写真は、1枚ずつ別に添付し、図1、表1のように順番を付し、文中に挿入位置を明示する。図表の裏面には、著者名を付す。図表はパーソナルコンピュータで作成し、図の題名は下方に、表の題名は上方に簡潔に記す。
6. 原著、臨床報告などの記述の順序は以下を原則とする。

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

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

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

 - a. 各文献は出所順に1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名はIndex Medicusの略称に従う。
 - c. 著者名は、3名以下の場合は全員、4名以上の場合は3人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「他」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名：論文題名・雑誌名（類似の誌名のあるときは発行地）巻：頁一頁、西暦年号の順に、単行本の場合は著者氏名：書名・発行所名、発行地、発行年次。の順に、単行本の中の論文については、著者氏名：論文題名・編者または監修者名：書名・発行所名、発行地、頁一頁、発行年次。などとする。

記載例：

- 1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
- 2) 日本精神神経学会性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神経誌 99：553-540, 1997.
- 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner/Mazel, New York, 1987.
- 4) 阿部輝夫：セックス・カウンセリング. 小学館, 東京, 1997.
- 5) 大川玲子：女性の性反応. 日本性科学会監修：セックス・カウンセリング入門改定第2版. 金原出版, 東京, 33-35, 2005.
9. 論文の採否は、査読を経て編集委員会で決定する。査読者は編集委員会が委嘱する。掲載は原則として採用順とする。
10. 印刷の初校は著者が行う。ただし、校正は字句の修正にとどめる。その他の校正は編集委員会が行うものとする。
11. 掲載料は刷り上がり10頁まで無料とし、それを越えるものおよび写真に関する費用は著者実費負担とする場合がある。別刷りを希望する場合は有料とする。
12. 投稿においては、原稿オリジナルとそのコピー3部を提出する。封筒には「原稿在中」と表記する。掲載決定後は、原稿を保存したCD-ROMを提出する。CD-ROMには氏名、論文タイトル、オペレーションシステム、作成ワープロソフト名を記入し、念のためテキストファイルの原稿も保存する。ワープロ専用機のもののは受け付けない。投稿された原稿等は原則として返還しない。
13. 本誌に掲載された論文の著作権(コピーライト)は日本性科学会に帰属するものとする。
14. 投稿先は下記の宛先とする。

〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-3 森島ビル4F

日本性科学会 学会誌編集委員会

日本性科学会雑誌編集委員会

編集委員長 永井 敦

責任編集委員 山中 京子

大谷真千子

今井 伸

〈総会資料2〉

2013年（平成25年）度決算

（2013年4月1日～2014年3月31日）

損 益 計 算 書

収 入			支 出		
科 目	13年予算	13年決算	科 目	13年予算	13年決算
年会費収入	4,000,000	3,893,000	人件費	500,000	508,635
研修会収入	350,000	586,000	旅費・交通費	200,000	66,250
広告収入	800,000	703,000	通信費	200,000	166,738
資格認定収入	200,000	130,000	賃借料	768,000	816,000
寄付収入	50,000	21,000	印刷・事務用品	600,000	694,925
業務提携収入	600,000	600,000	研修会費用	500,000	493,987
雑収入	50,000	203,694	学会誌・学会ニュース費	1,200,000	1,025,775
小 計	6,050,000	6,136,694	資格認定費用	50,000	37,000
前期繰越金	5,486,551	5,486,551	交際費・会議費	20,000	63,702
合 計	11,536,551	11,623,245	水道、光熱費	60,000	61,706
			雑費	800,000	543,774
			諸会費	50,000	81,369
			雑損費	400,000	408,291
			小 計	5,348,000	4,968,152
			次期繰越金	6,188,551	6,655,093
			合 計	11,536,551	11,623,245

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	2,251,685	年会費前受金	17,000
年会費未収入金	773,000	流動負債合計	17,000
立替分（仮払金）	2,930,019		
流動資産合計	5,954,704	負債の部合計	17,000
【固定資産】		資本の部	
(有形固定資産)		【剰余金】	
建物付属設備	260,245	当期末処分利益	6,655,093
工具器具備品	1	(うち当期純利益)	1,168,542
(投資その他の資産)		資本の部合計	6,655,093
敷金	457,143		
固定資産合計	717,389	負債及び資本の部合計	6,672,093
資産の部合計	6,672,093		

2014年度(平成26年)事業計画案

(2014年4月1日～2015年3月31日)

1. 学術集会開催

1) 第34回日本性科学会学術集会

日時：2014年10月12日

場所：岡山県・岡山大学

Junko Fukutake Hall

会長：中塚幹也

(岡山大学大学院保健学研究科教授)

テーマ：生殖と性

2. 研修会、研究会の開催

1) 第43回セックス・カウンセリング研修会

日時：2014年5月25日

場所：東京都・東京慈恵会医科大学

西新橋校1号館5F 講堂

2) 第9回日本性科学会近畿地区研修会

日時：2015年2月(予定)

場所：大阪市立大学医学部学舎4階

3) 症例研究会

年6回予定(奇数月)

3. 学会雑誌、学会ニュース発行

1) 学会雑誌 2回発行

2) 学会ニュース 4回発行

4. 資格認定制度の実施

5. 関連団体との交流

1) 国内団体

(1) 日本性科学連合(JFS)

第15回性科学セミナー

日時：2014年10月11日

場所：岡山県・岡山大学

Junko Fukutake Hall

(2) GID(性同一性障害)学会

日時：2015年3月21～22日

場所：大阪・大阪府立大学

(3) かと性と性研究会

(第13回医療従事者向け:がん患者さんの
性を支援するための研修会)

日時：2014年12月1日

場所：東京都・東京慈恵会医科大学

西新橋校1号館5F 講堂

(4) その他

2) 国際学会

(1) アジア・オセアニア性科学学会

日時：2014年10月22～25日

場所：オーストラリア・ブリスベン

(2) その他

〈総会資料4〉

2014年(平成26年) 度予算

(2014年4月1日～2015年3月31日)

予 算

収 入			支 出		
科 目	13年決算	14年予算	科 目	13年決算	14年予算
年会費収入	3,893,000	4,000,000	人件費	508,635	550,000
研修会収入	586,000	500,000	旅費・交通費	66,250	100,000
広告収入	703,000	700,000	通信費	166,738	200,000
資格認定収入	130,000	100,000	賃借料	816,000	830,000
寄付収入	21,000	50,000	印刷・事務用品	694,925	600,000
業務提携収入	600,000	600,000	研修会費用	493,987	500,000
雑収入	203,694	50,000	学会誌・学会ニュース費	1,025,775	1,200,000
小 計	6,136,694	6,000,000	資格認定費用	37,000	50,000
前期繰越金	5,486,551	6,655,093	交際費・会議費	63,702	50,000
合 計	11,623,245	12,655,093	水道、光熱費	61,706	600,000
			雑費	543,774	800,000
			諸会費	81,369	50,000
			雑損失	408,291	40,000
			小 計	4,968,152	5,390,000
			次期繰り越し	6,655,093	7,265,093
			合 計	11,623,245	12,655,093

日 本 性 科 学 会 役 員

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

幹事	幹事長 (総務・学術担当)	大谷 真千子	千葉県立保健医療大学准教授
	副幹事長 (広報担当)	石丸 径一郎	東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース専任講師
	学術担当	山中 京子	大阪府立大学人間社会学部 社会福祉学科准教授
	研修担当	森村 美奈	大阪市立大学大学院医学研究科講師 (産科婦人科)
	財務担当	杉山 正子	すぎやまレディースクリニック院長
	倫理・広報担当	花村 温子	埼玉メディカルセンター臨床心理士
	学術担当	今井 伸	聖隷浜松病院泌尿器科主任医長
	研修担当	丹羽 咲江	咲江レディースクリニック院長

事務局長	本郷 元夫	前新医学普及協会理事
------	-------	------------

名誉会員	斎藤 宗吾	三聖病院名誉院長
	熊本 悦明	(財)性の健康医学財団名誉会頭 札幌医科大学名誉教授
	玉田 太朗	自治医科大学名誉教授
	廣井 正彦	山形大学名誉教授
	山崎 高明	山崎産婦人科医院院長
	長田 尚夫	聖マリアンナ医科大学泌尿器科 元教授
	亀谷 謙	亀谷メンタルクリニック院長

第34回日本性科学会会長	中塚 幹也	岡山大学大学院保健学研究科教授
第35回日本性科学会会長	石原 理	埼玉医科大学教授

「日本性科学会雑誌」第32巻1号

平成26年7月31日発行

発行 日本性科学会

〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-3 森島ビル4F

TEL・FAX 03-3868-3853

E-mail: jsss@beige.plala.or.jp

<http://www14.plala.or.jp/jsss/>

印刷所 (株) 絢文社

〒173-0036 東京都板橋区向原3-10-2

TEL 03-3959-3960 FAX 03-3959-6530

