

JASE

現代性教育 研究ジャーナル

2016 年
No. 58

2016年1月15日(毎月15日)発行

日本性教育協会

THE JAPANESE
ASSOCIATION
FOR SEX EDUCATION

〒112-0002 東京都文京区小石川2-3-23 春日尚学ビル Tel.03-6801-9307 Mail info_jase@faje.or.jp URL http://www.jase.faje.or.jp 発行人 鈴木 勲 編集人 本橋道昭
© JASE. 2016 All Rights Reserved. 本ホームページに掲載している文章、写真等すべてのコンテンツの無断複写・転載を禁じます。

contents

『悲しき雨音』を超えて…………… 1
性教育の歴史を尋ねる③④…………… 7
もっと知りたい男子の性⑪…………… 8

今月のブックガイド…………… 10
JASEインフォメーション…………… 11

『悲しき雨音』を超えて

わが国の HIV/ エイズ対策の現状とカスケード戦略

産経新聞特別記者 宮田一雄

はじめに

12月1日の世界エイズデーを中心にしたわが国のエイズ啓発国内キャンペーンのテーマは、2014年、15年と2年連続で『AIDS IS NOT OVER』がキーワードになった。

2014年 AIDS IS NOT OVER

～まだ終わっていない～

2015年 AIDS IS NOT OVER だからここから

テーマの検討過程では「できれば繰り返しは避けたい」という意見も出されたが、それでも敢えて「エイズは終わっていない」というメッセージを重複させている。日本の社会の中に「あれ？ エイズはもう終わった話じゃないの」といった意識が広がっているからだろう。「終わっていない」などという当然過ぎて、メッセージにもならないようなフレーズをやむにやま

れず繰り返さなければならない。この関心の低下こそが実は、エイズの原因ウイルスである HIV（ヒト免疫不全ウイルス）の最も大きな感染拡大要因ではないか。そうした危機感はいまなお……というよりもむしろ、これまで以上にいま、エイズ対策の現場では強まっている。

流行の現状は

日本の HIV 感染に関しては、厚生労働省のエイズ動向委員会が三カ月に一度、全国の新規 HIV 感染者・エイズ患者報告数を集約し、感染経路別の件数などを公表している。次ページ表1は、その動向委員会報告をもとに、21世紀に入ってから年間報告数の推移をまとめたものだ。

新規 HIV 感染者はその年に検査で HIV 感染が判明した人。エイズ患者はそれまで感染していることに気付かず、エイズを発症して初めて感染が判明した人になる。動向委員会が把握しているのはあくまで新規の

表1 国内の新規 HIV 感染者・エイズ患者報告数

	感染者患者	報告全体に占める エイズ患者の割合
01 年	953 (621, 332)	34.8%
02 年	922 (614, 308)	33.4%
03 年	976 (640, 336)	34.4%
04 年	1165 (780, 385)	33.0%
05 年	1199 (832, 367)	30.6%
06 年	1358 (952, 406)	29.9%
07 年	1500 (1082, 418)	27.9%
08 年	1557 (1126, 431)	27.7%
09 年	1452 (1021, 431)	29.7%
10 年	1544 (1075, 469)	30.4%
11 年	1529 (1056, 473)	30.9%
12 年	1449 (1002, 447)	30.8%
13 年	1590 (1106, 484)	30.4%
14 年	1546 (1091, 455)	29.4%

「報告」数であり、実際にその年に感染した人の数ではない。したがって、感染がいま、増加傾向にあるのか、減少しつつあるのかは動向委員会報告だけでは分からない。

ただし、報告数の経年的変化を分析していけば、完全とは言えないものの、ある程度の動向は推測できる。

改めて表1を見ていただこう。わが国の新規 HIV 感染者・エイズ患者報告の年間合計は、2004 年に 1000 人を超え、07 年には 1500 人に達し、以後は年間 1500 人前後の状態が続いている。一貫した増加傾向から、ここ数年は「高止まりのまま横ばい」(動向委員会委員長コメント)に転じている状態だ。

エイズ対策とのからみでいえば、この傾向は対策の効果で何とか拡大を抑えていると評価することもできるし、報告とはいえ件数が減らないのは対策がうまくいっていないからではないかと批判することもできる。おそらく両方の側面があるのだろう。詳細は公衆衛生分野の専門家による分析にまかせたいが、エイズ対策について比較的、長期期間にわたって取材してきた記者としての感想を言えば、世の中の無関心と政府の無理解の中で、かなり善戦健闘してきた方ではないかと思う。

実際、国際的な基準でみれば、日本はいまなお低流行期にある。それでも、すでに国内で HIV に感染していることが判明している人は 2 万人を超え、さらに年間で 1500 人レベルの新規感染者・患者報告が続いている状況だ。「流行が終わった」とか、成り行き任せで「近い将来、終わる」といった楽観的シナリオに

期待をかけていられる状態では少なくともない。

表1の右端の%は、全体の報告数に占める新規エイズ患者報告の割合である。HIV に感染している人が発症を抑えるための治療を受けなくても、エイズを発症するまでの間には感染から平均で 10 年、あるいはもう少し短いのかかもしれないが、それでも数年の期間があるとされている。

つまり、毎年、動向委員会報告のほぼ 3 割は、その 10 年前後の期間、自らの HIV 感染に気付かなかった人で占められていることになる。

エイズが「死の病」として恐れられていた流行の初期とは異なり、現在は HIV の増殖を抑える薬を複数併用してエイズの発症を抑える抗レトロウイルス治療の開発が進んでいる。HIV に感染しても、治療がうまくいけば、長期にわたって社会生活を続けていくことができるし、性行為などで他の人に感染しないレベルにまで体内のウイルス量を減らしていくことも可能になる。

しかし、HIV 検査を受けて自らの感染を把握することができなければ、そうした治療の選択肢はそもそも閉ざされてしまうことになる。エイズ対策で早期検査の普及が繰り返し強調されるのはそのためだ。

同性間の性感染

次ページ表2は動向委員会報告を感染経路別にみた場合の「全報告数のうち男性の同性間の性行為で感染したと報告されている人の割合」の年次推移を示している。2001 年には HIV 感染者報告の約 50%、エイズ患者報告の約 27% だった。それが次第に増えていき、最近では感染者報告の 70% 以上、エイズ患者報告でも 50% 以上が男性とセックスをする男性 (MSM) で占められるようになっている。

表1で、初めて感染者・患者報告の合計が年間 1000 件を超えた 04 年は、感染経路別にみると、HIV 感染者報告で男性の同性間の性感染が全体の 6 割に達し、エイズ患者報告では同性間の性感染が異性間の性感染を上回った年でもある。

割合だけでは分かりにくいので、報告の実数で見ていくと気が付くことがある。たとえば、2001 年と 2014 年の同性間の性感染報告数を比較すると次ページのようになる。

表2 報告中の同性間性感染の割合

	HIV 感染者	エイズ患者
01 年	50.6%	27.4%
02 年	53.6%	27.3%
03 年	55.6%	28.6%
04 年	60.0%	36.6%
05 年	63.6%	36.8%
06 年	63.4%	40.4%
07 年	67.4%	37.6%
08 年	69.1%	43.9%
09 年	70.0%	48.7%
10 年	69.2%	49.0%
11 年	68.4%	55.4%
12 年	72.3%	53.2%
13 年	70.5%	56.4%
14 年	72.3%	56.7%

	新規 HIV 感染者	エイズ患者
2001 年	314 人	91 人
2014 年	789 人	258 人

2014 年には 2001 年当時と比べると、年間報告ベースで HIV 感染者報告が 475 件、エイズ患者報告が 167 件増加している。

一方、表 1 で分かるように、報告数全体では、2014 年は 2001 年に比べ HIV 感染者報告が 470 件、エイズ患者報告が 123 件の増加となっている。

毎年、動向委員会報告の数字は厚労省の API-Net（エイズ予防情報ネット）というウェブサイトに掲載されているので、より詳しくお知りになりたい方はそちらもあわせてご覧いただきたい。この間の日本の HIV 感染者・エイズ患者報告の増加は、ほぼ男性同性間の性感染報告の増加によるものであることがお分かりいただけるだろう⁽¹⁾。

つまり、21 世紀初頭以降のわが国の HIV 感染報告の増加傾向は、MSM 層の性感染の急激な拡大の反映であり、それが「高止まり」とはいえ、「横ばい」傾向に推移してきたのは、以下の 2 つの要因が大きく影響した結果ではないかと個人的には考えている。

- (1) この拡大傾向を察知して、東京、大阪などの大都市圏のゲイコミュニティと HIV 陽性者支援の NPO/NGO、研究者が協力していち早く感染予防の対応をとった。
- (2) 抗レトロウイルス治療の普及が、HIV に感染している人の体内のウイルス量を低く抑え、感染予防の面でも好結果をもたらしている。

万事に大ざっぱな新聞記者の感性では、緻密なエビデンス（根拠）など示すことはできないが、継続的にエイズについて取材してきた経験からはそうした印象を受ける。次ページ表 3 では、世界が HIV/エイズ対策に本腰を入れて取り組むようになった 2001 年から 2011 年までのほぼ 10 年の主な動き、およびこの間に日本国内では MSM の HIV 感染の拡大にどう対応してきたのかを年表にまとめてみた。

陽性者組織のネットワーク化、MSM コミュニティにおける情報・活動拠点の確保、国際会議による情報と経験の共有、コミュニティと研究者の協力といった動きを通し、HIV 感染が最も多く起きている集団に焦点を当て、その集団内部の自発的な動きを支援していくかたちの対応がまがりなりにもとられてきた。このことが、世界的な治療の普及に向けた動きとあわせ、日本国内の感染動向を急拡大から横ばいへと何とか転じる力になった。この点は大いに強調しておきたい。

その後、akta のようなコミュニティセンターは全国 6 カ所に増えている。最近ではスマホの普及などで、ネットを使った出会いの機会が増え、MSM 層の HIV 性感染の要因となる行動のパターンには変化も見られるが、それでも MSM の感染予防対策の拠点が必要なことは、いまなお変わっていない。大切なのは変化に対応できるようコミュニティセンターの活動を充実させていくことであるはずなのに、最近では HIV/エイズの流行に対する社会的関心の低下を糧とするかのように、全国 6 カ所のコミュニティセンターに対し行政側が財政的支援を大きく後退させようとする動きも見られている。

このため、去年は akta 存続を求める署名活動が行われ、エイズ対策に関係する多数の個人や組織から賛同の署名が寄せられた。戦略研究などで実証された費用対効果の高い対策ですら、HIV/エイズの流行に対する社会の関心が低下すれば、継続は困難になる。「エイズは終わったんじゃないの」とか「エイズはもうそろそろいいだろう」などといった雰囲気広がるのが、わが国にとっては当面、HIV 感染拡大の最大の危機要因であることは繰り返し指摘しておきたい。

カスケード戦略の課題

階段状になった滝のことを指す「カスケード」とい

表3 エイズ対策年表 2001～2011

年	内容
2001	・ニューヨークの国連エイズ特別総会で HIV/ エイズに関するコミットメント宣言採択。
2002	・世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）創設。 ・日本 HIV 陽性者ネットワーク JaNP+ 発足。
2003	・米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）開始。 ・WHO と UNAIDS が「3by5」計画発表（05 年末までに途上国の HIV 陽性者 300 万人に抗レトロウイルス治療を提供する計画） ・ゲイ・バイセクシャル男性のための HIV 啓発拠点として大阪・堂島に dista、東京・新宿 2 丁目に akta 開設。
2004	・UNAIDS が「3つの統一」原則（国内の統一されたエイズ政策の枠組み、統一されたエイズ対策実施主体、統一されたモニタリング・評価システム）提唱。
2005	・英グレンイーグルスサミット（主要 8 カ国首脳会議）で、2010 年までに抗レトロウイルス治療のユニバーサルアクセス実現に可能な限り近づくことを約束。 ・神戸で第 7 回アジア太平洋地域エイズ国際会議開催。
2006	・国連エイズ対策レビュー総会で政治宣言採択。HIV 予防、治療、ケア、支援のユニバーサルアクセスを国際目標として確認。 ・エイズ予防指針改正・厚労省研究班による『エイズ予防のための戦略研究（首都圏および阪神圏の男性同性愛者を対象とした HIV 抗体検査の普及強化プログラムの有効性に関する地域介入研究）』開始
2007	・UNAIDS と WHO が世界の HIV 陽性者数推計下方修正。新規 HIV 感染は 90 年代後半をピークに以後、減少傾向にあることも指摘。
2008	・ブッシュ政権が HIV 陽性者に対する米国の入国規制撤廃の方針を発表。 ・リーマンショック。以後先進国の途上国支援に対する資金拠出意欲停滞
2009	・オバマ政権が 2010 年 1 月に HIV 陽性者への米国入国規制を完全に撤廃すると発表。国際エイズ学会（IAS）は 2012 年国際エイズ会議のワシントン開催を決定。
2010	・WHO が抗レトロウイルス治療を受けている途上国の HIV 陽性者は 520 万人と発表。
2011	・東日本大震災。 ・『エイズ予防のための戦略研究』終了。 ・エイズ予防指針改正（2012）に向け検討作業続く。

う単語を目にすると、高齢期に差しかった私のようなおじさん記者は、たちまち耳の奥の方で雷鳴がとどろき、それにかぶせるようにカスケーズ『悲しき雨音』の甘いメロディーが流れてくる。そんなことを Facebook に書いたところ、悲しいことにかすかな雨音ほどの反応もなかった。

ああ、おじさんはずいぶん時代とずれてしまったのだなあと半ば暗鬱な気分になり込んでしまったが、そうした個人的な話はこの際、おいておこう。世界のエイズ対策はいま、抗レトロウイルス治療の予防効果に期待した「カスケード戦略」に大きな注目が集まっている。

慢性感染症である HIV/ エイズの治療や予防は、ある一つの段階だけに力を注ぐのではなく、感染の把握から発症の予防も含めた治療の提供開始、およびその継続、さらにその結果としての HIV 陽性者の体内のウイルス量の低下といった効果をひとつながりのもの

として考えていく必要がある。いわば段々になった滝（カスケード）が上流から下流に流れ落ちるにつれて枝分かれするようなイメージで、その一連の対策の効果を把握していく。枝分かれの結果、目的地点に到達するのは何%なのか。現状を分析したうえで、目標達成の比率を高めるためには何が必要なのかを把握していく。それが「カスケード戦略」である。

具体的には国連合同エイズ計画（UNAIDS）が昨年発表した「90-90-90 目標」や今年 7 月の「米 HIV/ エイズ国家戦略：2020 年に向けた更新版」⁽²⁾ がかなり明示的にこの戦略を取り入れている。

UNAIDS は「公衆衛生上の脅威としてのエイズの流行」を 2030 年までに終結に導くことを大目標として掲げており、そのためにはまず 2020 年までの 5 年間に「90-90-90」目標を実現するという高速対応方針を打ち出している。具体的には、世界全体で「HIV に感染している人の 90% が自らの感染を知り、その

うち 90% は抗レトロウイルス治療を受け、さらにその 90% は治療継続の成果として体内の HIV 量が抑制されている状態」を実現する目標だ。

・ $90\% \times 90\% = 81\%$ (HIV に感染している人のうち、治療を受けている人の割合)

・ $81\% \times 90\% = 72.9\%$ (治療が継続でき、体内の HIV 量が低く抑えられている人の割合)

つまり、この目標が達成できれば、HIV に感染している人の 7 割は治療継続により、自ら健康状態を良好に保ち、なおかつ他の人への HIV 性感染のリスクも大幅に低下するレベルにまで体内のウイルス量が減少する。したがって、HIV 新規感染も減り、流行は終息への軌道に乗る。理論的にはそうなるにしても、現実にはそれほど単純ではなさそうだ。そもそも世界の HIV 陽性者数は 2014 年末現在の UNAIDS 推計で 3690 万人に達しており、なおかつ年間 200 万人が新規に HIV に感染している⁽³⁾。

そのすべてに購入可能な低価格で治療薬を提供するほど世界は寛容なのか。正直なところ、私にはよく分からない。UNAIDS の先ほどの推計によると、抗レトロウイルス治療を受けている HIV 陽性者は 2015 年 3 月現在、世界全体で 1500 万人に達している。2003 年の「3by5 計画」発表当時は、いくらなんでも実現できるわけがないと言われた。その時の目標だった 300 万人の 5 倍もの人がいまは治療を受けていることになる。これは大変な努力の成果なのだが、90-90-90 目標の最初の 90 を実現しようと思えば、今後 5 年間でさらにその倍以上の HIV 陽性者に治療を提供できるようにしなければならないのだ。

ただでさえ「エイズもういいだろう。もっと他の分野（あるいは他の病気）に資金を回すべきだ」などという声が世界のあちこちから聞こえているのに、「これまでの成果を台無しにしないためにも一層の投資を」といった呼びかけが通るのかどうか、少々、心許ない。

しかも、最初の 90 をクリアできたとしても、それはあくまで入口に過ぎない。たとえば、世界で最も治療体制が整っていると考えられている米国ですら、治療を継続して他の人に感染しないレベルにまでウイルス量を抑えることができていない人は、HIV 陽性者の 3 割程度にとどまっている⁽⁴⁾。

表 4 で示されているように、米国では HIV 陽性者

表 4 カスケード戦略から見た米国の現状

HIV 感染の認識	米国の HIV 陽性者の 8 人中 7 人は自らの感染を知っている。ただし、2013 年に HIV 陽性と分かった人の 24% は感染判明時にステージ 3 (エイズ発症) の状態だった。
ケアとの関係	2013 年に HIV 感染が分かった人のうち、3 カ月以内に医療ケアにつながった人は 82% だった。
ケアの継続	2012 年時点で米国内の全 HIV 陽性者のうちケアを継続して受けている人はわずか 39%。
ウイルス量の抑制	2012 年には米国の HIV 陽性者全体の 30% しかウイルスの抑制はできていない。

資料 FACT SHEET: The National HIV/AIDS Strategy: Updated to 2020 (The White House) から

の 8 人中 7 人 (88%) が自らの感染を知っているが、継続して治療を受けている人は 39% にとどまっており、体内のウイルス量が抑制されている人は HIV 陽性者全体の 30% なのだ。検査の普及は進んでいるが、どこかの時点で医療ケアから離れてしまう。結果として「予防としての治療」もうまくいかない。それはどうしてなのかを分析し、対応していくことが米国の課題になる。

予防としての支援

カスケード戦略はおそらく、今年から始まる予定のエイズ予防指針の見直し作業の中で、日本でも議論されるだろう。

感染症法に基づくエイズ予防指針は、ほぼ 5 年ごとに見直されることになっている。現行指針は 2011 年に検討作業が進められ、12 年 1 月に改正指針として厚生労働大臣告示が出された。カスケード戦略から見た日本の現状はどうなのだろうか。抗レトロウイルス治療の普及という観点からも、この議論は避けられない。

日本の場合、苦しいのは入口の「HIV 検査を受け感染が判明している人は HIV 陽性者の何 % なのか」という最初の部分で確度の高い推計値が得られていないことだ。検査で HIV 陽性と分かった人の数は、エイズ動向委員会報告でかなり把握できているが、検査を受けていない人 (つまり、自分の感染に気付かない人)、あるいは気付きたくないので検査を受けない人がどのくらいいるのか。その推測が現状では困難なのだ。

一方で、医療機関や HIV 陽性者支援の NPO/NGO からの話を総合すると、感染が判明して医療につなが

った人は、かなり高い確率で治療を継続し、ウイルス量の抑制を果たしているとみられる。HIV に感染している人、治療を提供する人、治療以外のさまざまな支援を提供する人が、それぞれの立場で努力を続けてきた貴重な成果というべきだろう。

日本は米国とは逆に、入口の検査の普及の部分が弱い、いったん感染が把握できれば治療の継続率は高いと仮定しよう。そうすると、日本の課題は、検査の普及に力を入れ、自らの HIV の感染を知らないでいる人の割合を減らすにはどうすればいいのかということになる。ただし、ここで、どんどん検査して、早く治療につなげようといった「どんどん検査待望論」に走るのは危険だろう。

HIV 感染の予防には、幅広い分野のさまざまなプレーヤーが関与する必要がある。検査や治療の普及はもちろん重要ではあるが、医療に大きく軸足を置いた「予防としての治療」ですら、医療だけでは課題は解決しない。たとえば、HIV 陽性者や HIV 感染の高いリスクにさらされている人が就労や日常の生活で大きな不利益を受けるような社会では、感染を心配する人が自ら進んで検査を受けようという気持ちにはなれない。

カスケードは、実はそうしたことも含めて、対策のどこに弱点があるかを把握するツールとして活用すべき手法だろう。米国なら、いったん始めた治療の継続をどう担保するか。これは医療保険制度に関わる問題なのかもしれないし、治療提供のインフラを超えたもう少し大きな社会的課題にまで踏み込む必要があるのかもしれない。

日本の場合、最初の入口の部分でまず統計を整えるという研究上の課題はもちろん重要だ。だが、それだけで問題が解決するわけではない。

いま感染報告が最も多い男性同性間の性感染に焦点を当てた感染予防対策を効果的に進めていくには、対象となるコミュニティが対策に取り組めるような支援を継続していく必要がある。少なくとも「エイズはもういいだろう」といった発想で、これまで感染予防に寄与してきたコミュニティセンターをつぶしてしまうようなことがあれば、HIV 感染は再び拡大の軌道に乗ってしまうだろう。どこから見ても、エイズはまだ終わっていない。

30 年を超える世界のエイズ対策の経験は、HIV 陽

性者および HIV 感染の高いリスクにさらされている人たちへの支援が、予防対策の観点からも不可欠であることを貴重な教訓として教えている。日本の現状からしても、男性とセックスをする男性（MSM）を含めた性的少数者への支援は、効果的な HIV 感染予防の重要な選択肢の一つである。広く社会一般に向けた予防啓発活動の中でも、それが納得できるようなメッセージを工夫していくことがいまはとりわけ大切だろう。

HIV 感染の予防啓発や HIV 陽性者への支援活動を 20 年以上も続けてきた特定非営利活動法人ぶれいす東京の公式サイトには『HIV 陽性とわかったばかり / 確認検査待ちの人へ』というページがあり、「まずは以下の 6 つのことを知って下さい」と書かれている⁽⁵⁾。

1. HIV は治療をすれば長生きができます。
2. 今まで通りの生活ができます。
3. 治療費を軽減できる制度があります。
4. 相談してみましょう。
5. 専門の医療機関に行きましょう。
6. 他の陽性者のことを知しましょう。

検査の普及は大切だが、現在の日本のカスケードの最大の強みというべき治療の継続が「どんどん検査」で今後も確保できるのかどうか。抗レトロウイルス治療の進歩という大きな成果を「予防としての治療」というパラダイムにつなげていくには、「予防としての支援」もまた効果的な対策の実現に不可欠な要素であることを改めて認識しておくべきだろう。

(注)

- (1) API-Net 平成 26 年エイズ発生動向年報資料 表 4 HIV 陽性者及び AIDS 患者の年次推移（国籍別、感染経路別）
http://api-net.jfap.or.jp/status/2014/14nenpo/14nenpo_menu.html
- (2) 『米 HIV/ エイズ国家戦略：2020 年に向けた更新版について エイズと社会ウェブ版 188』
<http://miyata.hatenablog.com/entry/2015/08/05/221057>
- (3) API-Net：UNAIDS 「ファクトシート 2014 年世界の状況」
<http://api-net.jfap.or.jp/status/world.html#factset2014>
- (4) FACT SHEET: The National HIV/AIDS Strategy: Updated to 2020 (The White House) から要約
<https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2015/07/30/fact-sheet-national-hiv-aids-strategy-updated-2020>
- (5) 特定非営利活動法人ぶれいす東京『わたしたちはここにいます』<http://www.ptokyo.org/>

性教育の歴史を尋ねる

戦後・純潔教育編

茂木輝順

第34回

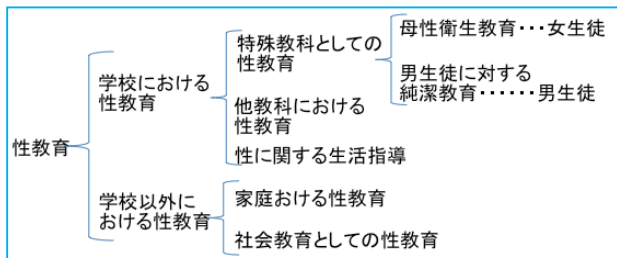
昭和20年代における中学校での性教育実践例 京都市立深草中学校の性教育カリキュラム（その2）

もてぎ てるのり
女子栄養大学大学院栄養学
研究科保健学専攻博士後期
課程修了、博士（保健学）

前回述べたとおり、京都市立深草中学校の性教育カリキュラムは、木村夫妻を中心に、女子への母性衛生教育（主に月経教育）の実践を積み重ねながら作られていきました。一方、男子への性教育は、女子より数年遅れて実践されていったようです。

図は、木村萬平が性教育を横断的に分類したもので、1952年6月に発表されています。この図からもわかるとおり、深草中の特別性教育カリキュラムの大きな特徴は、基本的に男女別修で構成されているという点です。また、女子への特別性教育の時間が3年間で31時間（前回の表参照）であるのに対し、男子へのそれは、1952年には8時間、1953年には表のとおり14時間で構成されており、1年生の男子には実施されないのも大きな特徴でしょう。

図 性教育の横断的分类



出典：木村萬平「吾が校の純潔教育」『青年心理』3巻2号1952年p.77

特別性教育を男女別とし、男子のほうが少ない時間数である理由を、木村萬平は次のように説明します。「性成熟度の観点からなれば、男子は青年期（思春期）に到達するのは十四五才ごろ、女子はこれより約二カ年早く十二十三才ごろ」であり、「男子と女子はそれぞれ性の特徴に応じて必要とすべき知識や習慣態度に大きな相違がある。」また、「男生徒の場合は（中略）年齢的には寧ろ中学校卒業後が性教育の中核を占めるべき時期であり、中学校においては女子に比してその重要性が著しく減ずる。」⁽¹⁾そして、男女で時間数が異なっているにもかかわらず、文部省が実施を指示している70時間の健康教育（第13回参照）を、深草中では男女別で行っているため、「男女特別性教育の時間差は混乱を起こさない」⁽²⁾と言います。

表 深草中学校 男子への特別性教育カリキュラム（1953年）

	単元名 時間数	主な内容
2年	どうすれば男女の正しい共同生活が送れるだろうか（7時間）	・青年期とは ・正しい男女の協力と社会生活（男女の平等・共学の意義） ・下品な言動の反省（ひやかし・落書き）
3年	清らかな人生を送るために我々はどんなことを心掛けねばならないだろうか（7時間）	・生物と無生物 ・精子の成熟と射精 ・遺伝と結婚（優生結婚・家系） ・正しい男女交際・純潔の価値 ・将来の父としての心構え

さらに、男女の性的成熟の時期の相違や特質から、女子と男子では、指導の観点も異なると説明します。「例えば、純潔ということがらの指導も、女性の場合は、母性機能の理解と保全にその重点がおかれるのに対し、男性の場合は、性欲の抑制や昇華の指導に重点がおかれる。青年期の過ちの多くは、女性を知ることによって回避できる場合が多いのに対し、男性は理性や意志の力によって解決せねばならぬことが多い。」⁽³⁾そのため、時期尚早として、女子では扱うのに男子では扱わない内容が多くあります。例えば、女子への授業では次のような語り口で性交について触れています。「人類の受精の方法は、交尾といわずに性交と呼ばれています。つまり精子が卵子に出合うためには、男性の性器である陰茎を、女性の性器である膣に挿入することによって、始めてねがいがかない、男性の体内から出た精子が女性の膣内に入れてもらえるのです。この性のいとなみを性交というのです。（中略）人間の種族保存の方法が、他の動物と著しく異り、またすぐれている点は、性交は必ず結婚という手続をすませた後に、唯一人の夫と、唯一人の妻との間に行わねばならない点です。」⁽⁴⁾これに対して、男子には「性交の問題を教材とすることは時期尚早であり（中略）性交の問題を除外して受精の問題を取り扱う」⁽⁵⁾と説明します。

（注）

（1）木村萬平「吾が校の純潔教育」『青年心理』3巻2号1952年pp.77-78

（2）『性教育はどのように行うか』講学館1953年p.165

（3）同（2）p.143

（4）同（2）p.135

（5）同（2）p.147

梅毒の流行

日本エイズ学会、日本性感染症学会は12月1日の世界エイズデーの近くに開催されますが、昨年、両学会共通の話題になったのが梅毒の流行でした。

梅毒はかつて性感染症の代表格でしたが、ペニシリンの開発で治療可能な病気となりました。報告数も1987年の2928例をピークに減少し、1999年～2012年は500～900例で推移してきました⁽¹⁾。しかし近年男女とも増加し、厚生労働省がパンフレットを作成し積極的に啓発に乗り出しています⁽²⁾。そのパンフレットの中で「コンドームの適切な使用によりリスクを減らすことができます」と、誤解を与えるようなことが書かれていますが、これは今回の原稿の本題ではありません。

* *

MSM 中での梅毒の流行

最初に梅毒の話を持ち出したのは、HIV/AIDSを診療している医師にとって、HIVを診たら梅毒検査を行うだけではなく、梅毒の症状がある人はもちろんのこと、症状がなくてもHIVを持っているMSMの人には定期的に梅毒の検査を行うべきだということが常識化しているからです。HIVを持っているからと言ってセックスをしないわけではなく、HIV感染予防のためにコンドームを正しく使っていても梅毒に感染するからです。ただ、この「MSM」という言葉を私自身が理解し、さらに言えばこの言葉が持つ奥深さを意識するようになったのはごく最近のことでした。

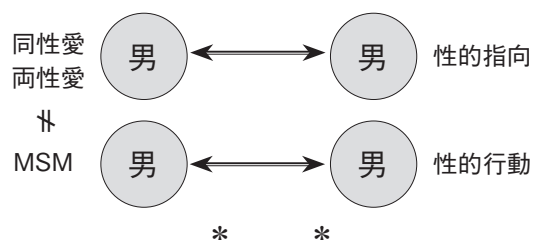
* *

MSM と LGBT の違い

MSM は Men who have Sex with Men の略で、男性とセックスをする男性のことを言います。LGBT は Lesbian Gay Bisexual Transgender の略で、性的指向、すなわちどの性にどこを動かすかでの分類です。LGBT、セクシャルマイノリティの方は全人口の約5%存在するとされています。

MSM という言葉を意識するようになったのは、必ずしも自分の性的指向とは一致しない、すなわち、異性愛者だけど男性とセックスをする男性がいることに気づかされたからです(図1)。LGBT が性的指向、性自認、すなわち自分の関心がどこにむいているかを表しているのに対して、MSM は男性同士でセックスをしたという行動パターン、行動結果を表現しているのです。もちろん、男性同性愛者同士のセックスも、両性愛者を含めた男性同士のセックスもあるでしょうが、性的指向とは関係がないMSM もいます。

図1 同性愛、両性愛とMSMの違い



男の子の性被害で考えたいこと

では、どのような人がそのような行動にでるのでしょうか。女の子が外泊すると性被害にあわないかを心配する大人は多いのですが、一般的に男の子の場合は性被害にあうということはあまり考えないと思います。しかし、知的障がい男子が男からの性被害にあったり、HIVや他の性感染症をうつされたりするケースが存在します。また、児童養護施設で男児が男児からの性的虐待や性被害を受けることもあります。もちろん女児が女児からの性被害を受けることもあるでしょうが、いずれの場合も、性に絡む欲求、欲望が生む被害なのか、性以外の欲求、欲望が原因となった被害なのかをきちんと分けて考える必要があります。

* *

男の欲求、欲望

性に関わる男の欲求、欲望にはセクシュアリティに裏打ちされた性欲に加え、射精欲、支配欲、征服欲、束縛欲、凌辱欲などがあります。すなわち、相手が自



分の性的指向と異なっている場合でも、他の欲求、欲望を満たすために、その行動に打って出ている可能性があります。例えば、射精欲を満たしたいが相手となる女性がいらない場合、男性とのセックスで射精欲を満たすことも考えられます。女性のパートナーができるはずもないが自慰ではない射精がしたいということでハッテン場に行く人がいてもおかしくないでしょう。もちろん、そこに同性とのセックスを嫌悪する意識が存在すればその意識がブレーキになりますが、逆にそのようなハードルが低ければ、男性とのセックスを行う可能性を否定できません。

MSM = 男性同性・両性愛者とは限りませんので、児童養護施設などで同性間の性被害を予防するためには、射精欲を満たしたいといった衝動の他に、支配欲、凌辱欲などが作用している可能性を考えた対策をとる必要があります。

* *

Futures Japan 調査結果

HIV 陽性者のためのウェブ調査の結果が公表されました⁽³⁾。913 人からの回答で、男性が 95.8%、Gay と Bisexual の男性が 88.8%、と概ね日本の HIV の状況を反映していると思われます。この調査の中で一番気になったのが薬物使用経験の結果でした。

過去 1 年間に薬物を使った人は 31.2%、これまで薬物を使用したことがある人は 74.4% でした。使ったことがある薬物の種類は多いものから順に、ラッシュ（亜硝酸アミル）69.6%、脱法ドラッグ 38.6%、5MeO-DIPT（ゴメオ）37.7%、スプレー・ガス 20.0%、覚せい剤 16.9%、大麻 15.7%、MDMA 9.0%、リタリン・ケタミンなどの医薬品 6.8%、LSD 5.0% などでした。

どのような時に薬物を使いたくなるのかという問いに対して、セックスをする時 70.7%、一緒に使う人がいる時 40.8%、すすめられた時 40.2%、マスターベーション（自慰行為）をする時 34.8%、淫らな気分になった時 21.4%、強いストレスを感じた時 11.6% などでした。

一般を対象とした薬物使用に関する全国住民調査（2013 年）⁽⁴⁾ では生涯経験率は、有機溶剤 1.9%、大麻 1.1%、覚せい剤 0.5%、脱法ドラッグ 0.4%、

MDMA 0.3% で、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は 2.5% でした。両調査は単純には比較できませんが、HIV に感染している MSM の人たちに薬物使用経験が高い事実を真摯に受け止めた予防啓発方法を考えることが急務と言えます。

* *

MSM と薬物

MSM と薬物の関係を理解する上で、薬物の作用効果を知っておく必要があります。陰性交の場合は経験とパートナーとのセックスを受容することで痛みを伴わない性交が可能となります。しかし、肛門性交の場合は経験があっても、ローション等を使っても痛みを伴う場合があります。MDMA やゴメオ、ラッシュなどは性的興奮作用の他に、肛門括約筋を弛緩させる作用があり、肛門性交痛を和らげるために使う人がいます。ドラッグという鎮痛剤の存在は MSM の人にとってセックスをより快適なものにする助け舟であるがゆえに、経験率が高くなっている可能性があります。

* *

依存不足への対応を

セクシュアルマイノリティを含む MSM の人たちが自らのセクシュアリティについて悩み、多くのストレスを抱えていることが明らかになっています。しかし、だからと言って全員が薬物に走り、薬物依存になるわけではありません。薬物依存は結果ですが、原因は何か。男子はプライドの生き物ですので、人に依存できず、依存不足が引き金の一つになっている可能性があると考えています。熊谷晋一郎さんが言う「自立とは依存先を増やすこと」⁽⁵⁾ にヒントをもらい、セクシャルマイノリティだけではなく、すべての男子が依存先を増やせるよう、多方面からの支援が求められている時代になったのかもしれません。

（文献・インターネット）

- (1) <http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/ha/syphilis/392-encyclopedia/465-syphilis-info.html>
- (2) <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10906000-Kenkoukyoku-Kekkakukansenshouka/0000105053.pdf>
- (3) <http://futures-japan.jp/>
- (4) <http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/drug-top/data/researchJDU2013.pdf>
- (5) http://www.tokyo-jinken.or.jp/jyoho/56/jyoho56_interview.htm

BOOK GUIDE

今月のブックガイド

つながる、群れる、生き延びる ～ひとりで生きない性教育のあり方～

教育や支援の現場にいと、のっぴきならない状況に陥った子どもに出会うことが少なくない。学校や家庭に居場所がない子、安全に過ごせる一夜が叶わない子、絶望感から死を願う子……。とりわけ、性教育に携わる人にとって、子どもの中絶や出産といった一刻を争う事態に直面したり、貧困や被害の連鎖から抜けられずに、より大きな困難やトラブルに巻き込まれていく子どもを目の当たりにしたりするのは、よくあることかもしれない。

そんなとき、自分の無力さを感じながらも、ため息とともにこんな言葉が口をつく——「誰かに助けを求めればよかったのに」「もっと人を頼ればよかったのに」。どうして、こんな事態になるまで我慢していたの。もっと早くSOSを出してくれれば、何とかなかったかもしれないのに、と。

こんなふうに誰にも助けを求めず、他者に頼れない人々の姿を、著者の天童氏は「寂しいわきまえ」と表現する。いまや他者とのつながりは、ビジネス化された関わりに取って代わりつつある。困りごとやトラブルの解決は、専門家かボランティアの手に委ねられ、余裕のない人が関わるのはかえって迷惑かもしれない。そう考える「まじめな人」ほど、自分が手を差しのべないのに、他者にそれを求めることはできないという「寂しいわきまえ」を持っているのではないかと著者は指摘する。

本書は、そんな現代の孤立した関係性を懸念する著者が、「つなぐ」という営みを職業にした16人と交わした対談集である。被災地、農園、工場、産院、障害者通所施設……さまざまなフィールドで新たなビジネスを創り出した人たちは、年齢も性別もキャラクターも多種多様。学生時代からの活動を展開させた若者から、まったく異なる仕事に転じた人、長年にわたり活動を続けてきたベテランまで、いずれもユニークなビジネス



だから人間は滅びない

天童荒太著
幻冬舎新書
定価 840 円＋税

について語る。どの語りからも、サービスを介してつながる人々の姿がみえるのが興味深い。例えば、廃材を利用したデザイン雑貨のブランドとその生産拠点である障害者通所施設との関係は、お互いのリスペクトと自身の仕事に対するプライドによって、心地よい緊張感が伴う。あるいは、産後の母親をケアする「ドゥーラ」という仕事を普及させている女性たちの声には、彼女たち自身の出産や人生の選択に対する思いが重なる。つまり、「つなぐ」仕事とは、単に顧客や対象者との関係を意味するのではなく、さまざまな人生を認め、重ね、語り合っていく関係を築くことなのだ。

「つなぐ」ことによる出会いや関係性には、苦しみも伴い、しがらみもある。しかし、だからこそ、それを乗り越えて成長する機会にもなる。本書に登場する人々の力強さは、勝者となったからではない。わからないことの価値を知っているからこそ、とことん悩んで、しっかりつながるのだ。

天童荒太氏は、虐待を受けた子どもたちとその家族を描いた『永遠の仔』(1999年、幻冬舎)、死を悼んで旅する青年の『悼む人』(2009年、文藝春秋)に続き、2013年に出版した『歓喜の仔』(幻冬舎)では、家族の貧困や逆境という過酷な現実を生き延びるきょうだいの姿を綴った。『永遠の仔』においては家庭内で隠匿されていた性的虐待や暴力が、この数年で、家庭内のみならず社会全体にあまねく起こりうる問題として認識されるようになった。家族そのものが子どもを育てる力を持てず、地域も家族を支えきれない現代。戦場さながらの日常のなかで、『歓喜の仔』の子どもたちはサバンナで生きる動物のように「群れ」をつくって生きることを選ぶ。それが、動物としての『仔』が生存する術だから。

「寂しいわきまえ」は、幼い頃から孤立に慣れた心に刷り込まれていると著者はいう。ひとりで生きない力は、人とつながる力である。現代の性教育で育むべき力でもある。(大阪大学大学院准教授 野坂祐子)

▶▶ **3月13日(日) 13:00～16:30** ◀◀

関西性教育研修セミナー 第20回記念イベント

Keep on Standing 押されても 揺らいでも 立ち続けることの意味を問う

性教育を取り巻く環境は、時代と共に変化を遂げてきました。性教育に関するパッシング、性教育冬の時代を経て、今、性教育を実践する者として、時には立ち向かい、押されたり、揺らいだりしながらも、何を伝え続け、立ち続けていけばいいのか。性教育パッシングの渦中でまさに立ち続け、伝え続けることを実践してこられた池上千寿子さんから性教育、性科学、フェミニズム、さまざまな「性」に関わる場で経験してこられたことについてお話を伺い、アクティビズムにおいて、教育現場において、これまでの歴史の中において、それぞれの「立ち続ける理由(わけ)」を、みなさんと共有できたらと思います。

講師 基調講演「たかが性、されど性～無理をしないでいられるって、サイコー～」

講師：池上千寿子（東京大学卒業後、出版社勤務を経て、1982年からハワイ大学「性と社会太平洋研究所」でセクソロジーを学ぶ。1994年「おれいす東京」を設立しエイズ予防とケア活動に従事。2012年まで代表、現在は顧問として活動。2005年エイボン女性教育賞受賞。2009年日本エイズ学会アルトマーク賞受賞、2011年WAS金賞を受賞。著書に『思いこみの性、リスクなセックス』ほか多数）

教育講演：「アクティビスト、パッシングと向き合う」（岡田実穂：RC-NET 代表）、「教育現場における「性」の扱い」（野坂祐子：大阪大学大学院准教授）、「性教育をめぐる市民戦争とその教訓」（東 優子：大阪府立大学教授）

会場 大阪府立大学「I-site なんば C1」（南海なんば第1ビル2階）

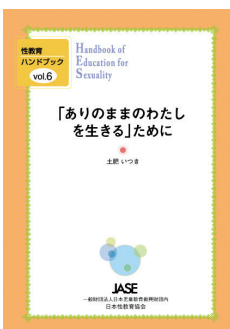
大阪市浪速区敷津東2-1-41 TEL 06-7656-0441（代表）※会場の問い合わせのみ

参加費・申込み先等

参加費：一般1,000円、学生・NPO関係者500円 主催：関西性教育研修セミナー実行委員会 協賛：日本性教育協会

事前申込み先：E-mail higashi@sw.osakafu-u.ac.jp（お名前・所属・連絡先を明記してお申込下さい）

※空席があれば当日参加可能です



性教育ハンドブック Vol.6

好評発売中！

『「ありのままのわたしを生きる」ために』

土肥いつき 著

◆ A5判：86頁、頒価500円

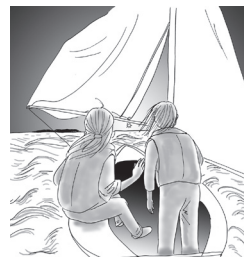
『現代性教育研究ジャーナル』に3年間連載された、「性別違和」である作者が悩みや葛藤の中で紡いだきたありのままを語る自叙伝です。

主な内容

港にて（自分史の試み…）／船出のとき（小さなトゲのような思い…）／帆をあげる（教員生活のはじまり…）／舵を切る（「身体改造の」開始…）／嵐の中で／かすかに見えた航路／新たな旅へ

著者プロフィール

1985年より京都府立高校教員。セクシュアルマイノリティ教職員ネットワーク副代表、トランスジェンダー生徒交流会世話人、まんまるの会（関西医科大学附属病院ジェンダークリニック受診者の会）世話人代表など。映画『coming out story』に出演。



既刊（性教育ハンドブック）

☆性教育ハンドブック Vol.5 『21世紀の課題＝今こそ、エイズを考える』池上千寿子著 A5判・68頁500円

☆性教育ハンドブック Vol.4 『性教育の歴史を尋ねる～戦前編～』茂木輝順著 A5判・92頁500円

※送料：1～4冊180円、5冊～8冊360円、9冊510円、10～14冊870円、15冊～19冊1180円、20冊以上無料。

◆JASE ホームページ <http://www.jase.faje.or.jp/pub/pub.html> からお申し込みいただけます。

または、Email info_jase@faje.or.jp

TEL 03-6801-9307 FAX 03-5800-0478