

JASE

# 現代性教育 研究ジャーナル

MONTHLY JOURNAL of SEX EDUCATION TODAY

2017年  
No. 70  
2017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 中山博邦  
© JASE. 2017 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

妊娠中絶技術の動向と日本の現状……………1	今月のブックガイド……………10
Dr.上村茂仁の性の悩みクリニック⑩……………7	JASEインフォメーション……………11
もっと知りたい男子の性⑰……………8	

## 妊娠中絶技術の動向と日本の現状

フリーランス翻訳者兼ライター 塚原久美

### はじめに

2016年7月、東京・武蔵野市の産婦人科病院で人工妊娠中絶を受けた女性が6日後に死亡するという事件がありました。手術を行ったのが母体保護法指定医ではないことを知った遺族は、12月6日、業務上墮胎容疑で病院と医師を告発しました。中絶と死亡の関連は現時点で不明ですが、マスコミは「指定医でなかった」ことばかり指摘しています。しかし、誰が行ったのかだけでなく、どのような中絶医療が用いられたのかという点にも注目すべきです。日本の場合、指定医であっても世界水準の「安全な中絶」が行われているとは限らないためです。

私は2013年3月に、タイのバンコックで開かれた第2回目の「安全でない中絶に関する国際会議」通称IWACと呼ばれる学術会議に参加してきました。世界中からフェミニストの活動家や医療関係者が集結して「より安全な中絶」を求めて情報を交換し、議論し、親睦を深める集まりでした。4日間にわたる会議の締めくくりに満場一致で採択された「バンコック宣

言」では、女性のリプロダクティブ・ライツに基づいて、世界中のすべての国から安全でない中絶を撤廃すべきと宣言しています。この宣言の中に、次の文言を見つけた時、私は情けなくなりました。

ほぼすべての先進諸国では、安全でない中絶を撤廃することに成功している。それは中絶を合法化し、非常に効果の高い避妊手段を提供すると共に最先端の外科的および薬理的中絶ケアを提供することによって実現した。

残念ながら、この「ほぼすべての先進国」に日本は含まれていないからです。それを示すために、以下では現時点において世界で標準化されている最先端の中絶ケアを紹介し、日本の現状と比較します。

### 安全な合法的中絶を

世界保健機関（WHO）によれば、世界中で毎年、推計2,200万人の女性が「安全でない中絶」を受けており、その結果、推計47,000人の女性が死亡し、さ

らに500万人の女性が障がいを負っています。WHOは、安全でない中絶による死は予防・回避可能な「不必要な死」と見て、長年、安全な中絶の普及に取り組んできました。安全でない中絶が深刻な公衆衛生上の問題であることは、1967年の世界保健総会で確認されています。以来、半世紀にわたって中絶をより安全で確実なものにしようとする試みがさまざまなレベルで行われてきました。IWACのような国際会議もその一つです。

1967年は、世界において中絶の位置づけが大きく変わったターニングポイントになりました。この年に、イギリスは西洋諸国としては初めて合法的中絶を認めました。同じ年に、アメリカでは女性運動を主導する全米女性機構(NOW)が結成され、女性の中絶の権利を求める運動も始まりました。英米のみならず、1960年代から1970年代にかけて、世界中の国々で女性解放運動の旋風が巻き起こり、避妊や中絶の合法化が獲得目標に掲げられました。その結果、先進国ばかりか発展途上国でも、次々に避妊と中絶が合法化されていったのです。

合法の中絶をより安全なものにしようとする公衆衛生上の関心や女性運動の高まりを支えたのは、中絶医療にまつわる2つの技術的進歩でした。1つ目は局所麻酔の導入です。外来で局所麻酔のみで中絶を受けるようになった女性たちは、医療者やカウンセラーと対話しながら処置を受け、自らの中絶の証言者になれるようになりました。2つ目は、それまでの吸引中絶の問題を一気に解決したカーマン式カニューレが導入されたことです。フレキシブルなプラスチック製で絶妙な形の2つの孔をもつこのカニューレは、それまでの金属製カニューレのように子宮穿孔を起こす恐れが少なく、吸引中に管が詰まってしまうこともなくなり、使い捨てであるため感染症の問題も解決したのです。

この2つの画期的な技術的進歩によって、その頃中絶を合法化した国々では、手動もしくは電動の吸引を用いた外来の処置として吸引中絶を受けることが主流になったのです。アメリカで中絶を合法化した1973年の最高裁判決の判決文の中には、すでに「吸引が主な中絶の手段」になっていることが記されています。

1970年前後に中絶が合法化されて吸引中絶が採用された後も、世界中で中絶手法をより安全に、より確実にしようとする改善の努力は続けられました。妊娠

中期の中絶を安全に行う方法も模索されました。一時はセイライン(塩水)やプロスタグランジン(生理活性物質)を羊水に点滴で注入することで胎児を排出させる方法も使われていたのですが、時間がかかるばかりか、女性が辛い思いをする残酷で危険な方法だと見なされるようになって廃れていきました。

その代わりに、一部の信念の固い医師たちは、プロとして自らが痛みを引き受け、患者を守ろうと決意して、妊娠中期の中絶に頸管拡張除去術(Dilatation & Evacuation: 略D&E)を採用しました。D&Eの手術では、ラミナリア桿などの吸湿剤や薬剤を用いて頸管を十分に拡張する術前処置をしてから羊水を抜き、太めのカニューレを付けた電動真空吸引機や長い鉗子などの器具を用いて受胎産物を除去します。医師にとって心身共に決して容易ではないこの手術を行うためには、相当な技能と経験が必要だとされています。

さらに1980年代には、避妊ピルに次ぐものとして待望されていた経口の中絶薬(ミフェプリストン)がフランスで開発されました。当初は妊娠のごく初期の中絶に使う薬として紹介されましたが、今では妊娠24週までの安全性が確認されています。前述した第2回IWACの会議でも、最もホットな話題の一つがミフェプリストンで妊娠何週まで中絶を安全に行えるかということでした。

## より良い中絶方法の探索

WHOは、世界中で行われている中絶医療を安全なものにし、中絶に関連するケアや政策的課題に対応するための初のガイドラインとして、2003年に『安全な中絶 医療保健システムのための技術及び政策の手引き』(以下、『安全な中絶』)の初版を発行し、その中で初めてWHOの推奨する中絶方法を明らかにしました。この初版に対する反応や新しい医学的知見を盛り込んで、2012年には内容を改定した『安全な中絶 第2版』が発行されました。さらに2014年には、第2版を補足して安全な中絶を普及させる目的で『安全な中絶のための臨床実践の手引き(以下、『実践の手引き』)も発行されました。これらのガイドラインに示された推奨事項やベスト・プラクティスは最新のシステマティックレビューに基いており、そこに示されている中絶医療技術が現時点で最新かつ最良の世界的

表 WHO が推奨する中絶方法のまとめ

		妊娠9週（63日）まで	妊娠9～12週（63～84日）	妊娠12週（84日）より後
薬剤による中絶	ミフェプリストン & ミソプロストール併用	ミフェプリストン 200mg 経口で単回投与		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミソプロストール 800<math>\mu</math>gを経膣、口腔または舌下で単回投与</li> <li>・妊娠7週(49日)未満であれば、ミソプロストール 400<math>\mu</math>gを経口で単回投与</li> </ul> <p>*上記は、ミフェプリストンを投与した24～48時間後に使用</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミソプロストール1回目は800<math>\mu</math>gを経膣投与、2回目以降は400<math>\mu</math>gを経膣または舌下投与</li> <li>3時間おきに最大5回までくり返し投与</li> </ul> <p>*上記は、ミフェプリストンを投与した36～48時間後に開始</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミソプロストール1回目は800<math>\mu</math>gを経膣投与あるいは400<math>\mu</math>gを経口投与、2回目以降は400<math>\mu</math>gを経膣または舌下投与</li> <li>3時間おきに最大5回までくり返し投与</li> </ul> <p>*上記は、ミフェプリストンを投与した36～48時間後に開始</p>
	ミソプロストール単独	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミソプロストール 800<math>\mu</math>gを経膣または舌下投与</li> <li>3～12時間おきに最大3回までくり返し投与</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミソプロストール 400<math>\mu</math>gを経膣または舌下投与</li> <li>3時間おきに最大5回までくり返し投与</li> </ul>
外科的中絶	妊娠12～14週以前			妊娠12～14週より後
	真空吸引法（真空吸引法には次の手法がある） <ul style="list-style-type: none"> <li>・手動真空吸引（MVA）</li> <li>・電動真空吸引（EVA）</li> </ul>			頸管拡張術 & 子宮内容除去術（D&E） D&Eは妊娠12～14週を超えた妊娠を中絶する外科手術

注：薬剤による中絶では、妊娠24週を超えると子宮がプロスタグランジンに過敏になるためミソプロストールを減量すべきだが、臨床研究が乏しく推奨量不明。

Clinical practice handbook for Safe abortion (World Health Organization 2014) pp.22-23 より邦訳  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1)

スタンダードだと言えるでしょう。

なお、これらの文献はインターネット上ですべて公開されていますし、一部はすぺーすアライズ翻訳による日本語版もダウンロードして読むことができます（本稿でも日本語訳版を参照させていただきました。記して感謝いたします。ただし、訳語は若干変えています）。

では、現時点でどのような中絶方法がベストだと考えられているのか、WHOの『実践の手引き』で確認してみましょう。『実践の手引き』は「第1章 中絶前のケア」、「第2章 人工妊娠中絶」、「第3章 中絶後のケア」の3章で構成されています。第2章に示される中絶方法を表にまとめました。

薬剤による中絶（薬理的中絶）と外科的中絶の2つに大きく分かれますが、それぞれ妊娠初期と妊娠中期以降で使い分けられています。妊娠の週数が進むにつれて「妊娠」それ自体の状態は変化しますし、人工妊娠中絶のリスクも高まるため、推奨される方法は変わります。また、医療上の支障がない限り、女性自身が各手法の長所と短所の説明を受けた上で選択するインフォームド・チョイスが奨励されています。

## 薬理的中絶

薬理的中絶で主に用いられるのが、いわゆる「中絶薬」として知られるミフェプリストン（開発名RU486）と子宮収縮剤のミソプロストールです。この2種類の薬は、それぞれ単独でも中絶に用いることができるのですが、2薬を組み合わせて用いる方が中絶完了率は高まります。また、妊娠週数が進むにつれて、これらの薬の投与量と回数、服用のタイミングが変わってきます。

ミフェプリストンは、妊娠を維持するために必要な黄体ホルモン（プロゲステロン）の作用を抑制する作用をもち、妊娠の継続を阻害します。妊娠7週未満であれば単独使用でも6～8割は流産を引き起こしますが、子宮収縮剤としてミソプロストールを併用することで妊娠7週未満の中絶失敗率は1%にまで下がります。

ちなみに妊娠週数というのは、妊娠する前に最後に来た月経の初日から数えます。4週間毎に月経がやってくる人の場合、月経開始日から約2週後に排卵が起

こり、この排卵前後で性交して妊娠したら、その時点で妊娠2週ということになります。つまり、妊娠7週というのは実際には受精後5週くらいにあたります。なお、最近の妊娠判定薬は妊娠5週頃から妊娠の有無が分かります。妊娠したくない人が、「月経が遅れている」と気づいたらすぐに妊娠判定薬を使い、陽性だったら薬をもらいに行き速やかに対応することも海外では可能になっています。また、薬理的中絶なら外科的中絶より費用がかかりません。

なお、ミフェプリストンという名は物質名で、製品名としてはヨーロッパではミフェジン、アメリカではミフェプレックス、中国では息隱（米非司西同片）などがあります。ミフェプリストンは1988年に中国と開発国フランスで認可され、2013年1月の時点にて世界56か国で認可されています。ミフェプリストンの導入は国によって大きな違いがあります。女性の権利意識の高いヨーロッパ諸国や人口増加に悩む発展途上国では積極的に導入するところが多いのですが、女性差別が強い国やキリスト教のカトリックの影響が強い国々ではなかなか認可が進みません。合法的中絶について賛否両論が戦わされるアメリカ合衆国では、2000年にミフェプリストンが認可されたのですが、2016年9月によりやく外科的中絶と薬理的中絶が半々になったことが報じられました。

一方のミソプロストールは、ミフェプリストンと併用する子宮収縮剤として最も一般的に使われるもので、商品名はサイトテックです。経口薬のミフェプリストンに対し、ミソプロストールは口腔投与か舌下投与、または経陰投与されます。ミソプロストールは、胃潰瘍の予防と治療のためにすでに世界80か国以上で承認されている安全性の高い薬です。合成プロスタグランジン製剤の一つであり、子宮を収縮させる作用によって子宮内容物の排出を助けます。この薬単独でも、妊娠初期であれば76～96%が中絶を引き起こすことが知られています。

夢の中絶薬として一世を風靡したミフェプリストンは、各国の文化や法に配慮しつつも、2005年にWHOの「必須医薬品リスト」に掲載されるようになりました。リスト掲載時の説明文には、39の治験をレビューした論文で、ミフェプリストン投与後36～48時間以内\*にミソプロストールを投与する処方が妊娠9週までの中絶に有効であることが確認されたとあ

ります。合併症は少なく、副作用のほとんどはミフェプリストンではなくミソプロストールによるものだそうです。

なお、薬理的中絶後の出血期間は、子宮内容物をすべて吸い取ってしまう外科的中絶よりも当然ながら長引きます。ミフェプリストンはいわば人工的に流産を引き起こす薬なので、特別な処置をしない限り出血が長引くのは仕方がないことかもしれません。英語のabortionは「中絶」と「流産」のどちらにも使える言葉なので、ミフェプリストンはその作用機序からしても人工的に流産を引き起こす薬＝「流産薬」と考えた方が当たっているのではないかと、個人的には考えています。

## 外科的中絶

WHOが推奨している外科的中絶は、妊娠12～14週を境に方法が変わります。12～14週以前で用いられる真空吸引法とは、大型の注射器のような手動真空吸引器で子宮内容物を吸い出す手動吸引（Manual Vacuum Aspiration：略MVA）（写真1）と、電動の真空吸引機を用いる電動吸引（Electrical Vacuum Aspiration：略EVA）（次ページ写真2）の2つの方法があります。MVAの方が比較的妊娠早期に適しています。EVAはどうしてもある程度の騒音が伴うため、静かに中絶を終わらせられるという理由でMVAの方を好む医療者や患者もいるようです。いずれの吸引中絶でも、使い捨てのプラスチック製のカニューレを使うのが前提になっています。

なお、第2回IWACで出会った活動家とのご縁で、私は2014年にオランダの中絶医療を見学に行きました。その時初めて、妊娠を望んでいないのに次の月経が遅れている女性に対して、妊娠を確認することなく



写真1 手動の真空吸引器（MVA）の吸引器とプラスチック製カニューレ

\*『安全な中絶のための臨床実践の手引き』では「投与後24～48時間以内」としている（3ページ表参照）。



写真2 電動の真空吸引機 (EVA)

MVA で子宮内容物を吸引する「オーバータイム・トリートメント」という処置があるのを知りました。この処置は、妊娠していれば超早期の中絶になりますが、妊娠していなければ一周期分の月経血を吸い取るだけです。この処置はオランダでは中絶とはみなされていないそうです。以前、ロシア人の女性が「怪しいと思ったら吸引してもらいにいく」と話していたのはこれだったのかと気付きました。

一方、妊娠 12～14 週を超えた外科的中絶で推奨されているのは先に紹介した頸管拡張除去術 (D&E) のみです。『安全な中絶 第2版』によれば、D&E はプロスタグランジン PGF2  $\alpha$  の羊膜内の滴下に比べても迅速で安全であり、ミフェプリストン服用後ミソプロストールを繰り返し服用する方法との比較でも疼痛や有害事象がより少ないそうです。

なお、どの外科的中絶の術前処置においても、ラミナリア等の浸透性の拡張材だけではなく、頸管を柔らかくし排出を促す目的で、減量したミフェプリストンやミソプロストールを併用することが推奨されています。また、妊娠の初期・中期を問わず傍子宮頸管ブロックと呼ばれる局所麻酔が推奨されています。『安全な中絶 第2版』では、外科的中絶処置を行うのに全身麻酔は必要ではなく、かえってリスクを高めてしまいかねないと述べられています。

外科的中絶法のうち、妊娠初期の拡張掻爬術



写真3 拡張掻爬術 (D&amp;C) の道具

(Dilatation and Curettage:略 D&C) は、『安全な中絶』の初版では「他の安全な方法 (中絶薬、吸引) を用いることができない時の代替策」とされていましたが、『安全な中絶 第2版』では、D&C は「安全性に劣り、女性に相当な痛みを強いる」ため「真空吸引法に切り替えるべき」と明言されています。その根拠として D&C では重大な合併症の発生率が真空吸引の 2～3 倍に高まること、D&C と真空吸引法を比較検討した結果、妊娠 10 週までは真空吸引法の方が D&C より時間がかからず、失血が少なかったなどの事実を示す文献が示されています。その上で「もしも D&C が未だに行われているなら、安全性および女性にとってのケアの質を向上するために D&C から真空吸引法に切り替えるようにあらゆる可能な取り組みを行わねばならない」とも明記されています。

## 日本の現状

残念なことに、WHO が推奨している「安全な中絶」の数々は日本ではほとんど導入されていません。ミフェプリストンは未だに解禁されていない一方で、より安全な方法に切り替えるよう WHO が警告している D&C が日本では今も多用されており、しかもそれをリスクの高い全身麻酔下で行うのが基本とされています。吸引中絶は一部で使われているものの、日本では長らく金属製のカニューレが使われ続けてきました。そもそも海外では局所麻酔とプラスチック製のカニューレのおかげで吸引が安全に行えるようになったと認識されているのに照らすと、日本の産婦人科医はリスクと背中合わせの中絶をし続けていることになります。また日本では、インフォームド・チョイスもなければカウンセリングもほとんど行われていません。中期中絶に至っては海外で残酷で危険だと見なされている方

法が今も強いられています。

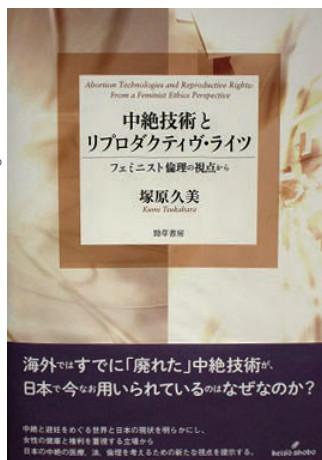
上記のように日本の中絶技術が海外のスタンダードと異なることに私は10年ほど前に気づいて、機会があるたびにこのことを訴えてきました。2014年にはこの問題に関する著書『中絶技術とリプロダクティヴ・ライツ～フェミニスト倫理の視点より』（勁草書房）を出版して、ようやく耳を傾けてくださる産婦人科医の先生方が出てくるようになりました。そうした先生方のご尽力もあって、2016年の初め、プラスチック製のカニューレとMVA用の吸引器がついに日本に導入されました。性と健康を考える女性専門家の会の早乙女智子先生など、リプロダクティヴ・ヘルス&ライツに敏感な一部の医師たちはさっそくプラスチック製カニューレに切り替え始めたようです。今後、なお一層の普及を期待しています。

日本の中絶状況にはほかにも様々な問題点がありますが、ここで最後に前著を書き上げた後に判明した問題を少し紹介します。

私は2010年に看護学の柘淵恵美子先生、水野真希先生と3人で日本全国の産婦人科医を対象として中絶に関するアンケート調査を行いました。この調査結果について、2012年4月19日の朝日新聞は「日本の中絶 母体に負担」WHOが勧める方法1割」の見出しで、「日本で行われている人工妊娠中絶では、世界保健機関（WHO）が安全と勧めている『吸引法』は1割に過ぎず、事故が比較的起きやすい方法（引用者注：搔爬術）が8割を占めていた」と報じています。

これに対し、2013年に日本産婦人科医会の常務理事を代表とする厚生労働省研究班による日本の中絶に関する初の大規模調査が行われました。調査結果は2014年の報告書「我が国の人工妊娠中絶の方法と合併症」にまとめられ、「欧米諸国と方法が異なるが、安全性に大きな問題はない。しかし、妊娠初期の手術法は搔爬法よりも吸引法の方がより安全性が高い」との結論を出しました。ところが細かく見ていくと、この調査には様々な問題があるのです。

そもそも、日本の中絶の手技がWHOの推奨する



方法と異なり「危険であるとの指摘」があると問題提起した上で、「実際に行われている手技と安全性について検証」することが調査の目的であると挨拶文に掲げています。これでは、事故を起こさなかった人は積極的に回答し、事故を起こした人は回答しない方向に誘導されかねません。

仮に調査結果の数値が正しかったとしても、分析の手法も恣意的です。中絶にまつわる合併症発生率を欧米諸国と比較するために、WHOが検討対象にすらしなかったマイナーで中絶の安全性がテーマでもない文献を用い、しかも数値の操作までしているのです。

たとえば、素直に訳せば「中絶手術の主要合併症率は1%未満で……子宮穿孔率は手術1000件につき0.1～4件」となる部分について、調査班の報告書では「(米国では) 主要合併症の頻度は……10万件あたり1,000件未満……外科的方法による子宮穿孔10～400件」とわざわざ数値を変えているのです。このような換算が不適切であるのは明白で、「欧米は事故が多い」かのように見せかけています。

このような操作までして「日本の中絶は安全」だと主張するのは不誠実で、非科学的でもあります。さらに、調査班は「搔爬よりも吸引が安全」だと認めていながら、2003年の『安全な中絶』初版のみ参照し、第2版を無視することで、「海外と方法は違うが安全」と搔爬が多い日本の現状を肯定する結論を出しているのです。

厚生労働省の態度も疑問です。2004年、同省はミフェプリストンの個人輸入をインターネット上で禁止した際に、アメリカで起きた死亡事故と関連付けて「危険」だと注意喚起しました。ところが、アメリカではほとんど中絶薬と死の関連はなかったと判明し、薬の安全性が認められました。私はその事実を厚生労働省に伝えて情報更新を求めたのですが、今も注意喚起はそのまま掲載され「中絶薬は危険」の論拠になっています。

2010年11月、中絶薬をインターネットで購入し、自ら服用して中絶した都内の女性が墮胎容疑で書類送検された報道でも、「2004年の厚生労働省の禁止」が引用されていました。まずは正しい情報を広めていく必要があります。できるだけ近い将来に、日本がバンコック宣言の「先進国」の仲間入りを果たせることを祈念してやみません。

## 連載第 10 回 ▶▶▶ 自分が嫌いな私に、生きる価値はあるのか？

先日、学校で講演会があり、自己肯定感を持つことが大切である、自己肯定感を持ってないと情けない人間になるって言われました。

今私は自己肯定感を持っていません。自分が嫌いです。

こんな私は生きる価値がないのでしょうか。

自己肯定感とは、「自己を肯定する感覚」、つまり「自分は大切な存在だ」と感じる心の感覚です。自己肯定感が高いということは、「自分は大切な存在、価値ある存在だ」と感じている、ということです。

私たち人間は自分の存在価値や意味を周りの人間との関係から感じます。自分の周辺の人からどのような評価を受けているか、自分が周りの人に対してどのような役割を担っているかなど、空間的な関係から自分の存在価値を感じます。したがって自己肯定感とはそのときどきの状況、周りの人間関係などで簡単に変化するもので、常に高い自己肯定感を持つことは難しいのです。いろいろな原因で自己肯定感が落ちたときにその状況からどうやって脱するか、または自分を癒すことができるかが大切であり、それができる人が自己肯定感を持っている人です。

では、そのような感覚はどのようにして持つことができるのでしょうか。私は性教育の授業でいつもつながる力を持つことを強調します。心から相談できる親友や大人、心が辛くなった時に自分を癒してくれる友人やグループの存在、人との関係だけではなく、心地よいと感じる好きな音楽や趣味、なんでも構いません、とにかくたくさんの人やモノとつながることができる力を自己肯定感と呼ぶのだと思います。

世間はよく自己肯定感の低い若者に対して、今の若者の風潮だとか、自己肯定感が低いから望まない妊娠や性感染症になるのだと言います。リストカットも自己肯定感の低さの現れだと言う人もいます。でもはたしてそうでしょうか。人間である限り相談する相手がいない、いろいろな社会や人間関係からどん底に落ちてどうしようもなくなるときがあります。そんなとき拠りどころがない、または少ない場合には、自分一人

ではなかなか立ち直れないものです。

以前私にメールをくれた17歳の女性があります。彼女は友人とも家族とも楽しく普通に生きていたのに、ある習い事の先生からレイプされ、その後、学校にも行けなくなり、寂しさから援助交際をくり返していました。精神的にも病んでいたのですが、そんな彼女が立ち直ったのは周りの人の対応、とりわけ親の対応でした。精神的に病んで学校にも行かなくなった彼女に対して怒ることもせず、また特に指導もしませんでした。いつまでも彼女が自分一人でゆっくり考えることができる環境を整えたのです。

彼女からのメールの一節です。

「そもそも理想の環境って人によって違って、同じことをされて愛情とを感じるか、干渉とを感じるかの基準は人によって違うんです。なにか大きなきっかけで、その人の軸がぶれるので、その人の基準にあわせて、軸がもどるまで様子を見ないといけない。そうでなかった時、その人にとっては環境が悪いってことになるんです」。

このあと立ち直った彼女はたくさんの友人をつくり、いろいろなグループに入って自分とつながりを持つものを増やしました。彼女は「最初からこんなふうに関係するものをつながっていたら私はもっと心が楽だったし、レイプされた後ももう少し違った生き方をしていたと思う。でもあの経験があってあの親の対応があってこのことに気付けた。小さいときから親にいろいろな人とつながりなさいって言われても多分反発していたと思う」と言っていました。自己肯定感っていろいろな経過を経て、つながる力を持つことができる、そんな能力であり、回りの大人はその子の環境や性格に合わせて対応しなければいけないのです。

ジェンダーギャップという社会に蔓延するリスク

早乙女先生と交互に書かせていただいていると、多くの気づきをいただきます。『性の消費』の背景、課題、対策を考える』を書いた後に早乙女先生の「女性首長の誕生とジェンダーギャップ」(前号 No.69) を読ませていただき、自分の中にジェンダーギャップという発想が貧困だったということに気づかされ、「ジェンダーギャップという視点で性の消費や性犯罪の問題を改めて考えなさい」と言われていると反省していました。

健康づくりの分野では、早期発見、早期介入対策(ハイリスクアプローチ)だけでは多くの改善が望めないため、社会に蔓延するリスクに対する対策(ポピュレーションアプローチ)が重要だと言われています(表1)<sup>1)</sup>。代表的な成功例は80歳で20本以上の歯を目指している8020運動です。8020運動ではブラッシングをしない、かかりつけ歯医者さんを持たない、口腔ケア用品不足といったリスクなどが克服され、80歳代だけではなく、全ての年代で20本以上の歯を持っている人が増えました。しかし、社会に蔓延するリスクという考え方が「原因と結果」のようにわかりやすくないため、なかなか理解が進みません。

表1 ハイリスクとポピュレーションの違い<sup>1)</sup>

効率のよい予防医学的方法として、疾患を発症しやすい高いリスク(ハイリスク)をもった個人を対象を絞り込んだ戦略(アプローチ)が考えられます。

集団全体にリスクが広く分布する場合には、対象を一部に限定しない集団全体(ポピュレーション)への戦略(アプローチ)が必要になってきます。

\* \*

いじめも早期発見では減らない

いじめ問題も社会の関心を集めていますが、いじめは減るどころか次から次へといろんな場面で表面化しています。いじめ対策を考えるため国立教育政策研究所がまとめている「いじめ追跡調査2013-2015」<sup>2)</sup>に次の記載が

あります。

一部の特別な子供に注意を払う、一部の問題を抱えた子供を早い段階で見つけ出す(=「早期発見」)等の取組姿勢にとどまる限り、9ページで紹介した小学校の結果のように、その効果も限定的なものにとどまり、いじめを減らすことにはならないと考えられます。

「リスク」という言葉は使っていないものの、教育界にもポピュレーションアプローチの視点が広がっていることには大変勇気づけられました。一方でこれが現実ですが、「全ての児童生徒を対象に『未然防止』に取り組むことが適切かつ効果的です。」と述べているだけで、「このような未然防止対策が効果的です」という方法論は示せていません。というか、誰もそのような特効薬は持ち合わせていないからこそ一緒に考え続けることが求められています。

\* \*

殺人事件の背景に学ぶ

2009年に島根県立大学の女子学生が殺された事件の犯人が特定されたものの、動機がわからないとされていますが本当にそうでしょうか。今回の事件で犯人の特定につながったのが性犯罪の再犯者の調査でした。

薬物依存者の再犯率が高いと同じように、性犯罪の再犯率が高い理由や、その背景に関する考察、議論は原因と結果のようにクリアカットにはいきません。この事件の容疑者と断定された男は事件の5年前に懲役3年6か月の実刑判決を受けていました。その時の弁護士は、容疑者について、「ふだんは女性に声をかけることもできない、おとなしい人間だった。女性とつきあいたいという強い思いを持っていて、事件を起こした理由については『自分でもわからない』』と言っていた。念入りに計画を練ったのではなく、衝動的な犯行だった」と振り返り、面会の際、容疑者はみずからのことを人に気を遣う人間だが、気を遣えば遣うほど相手は離れていってしまう。自



分の誠意に相手に応えてくれないといういらだちがあり、むしろ自分自身が傷つけられたという意識、被害者意識が強かったと話していたとのことでした<sup>3)</sup>。思わず「自己中」という言葉を思い浮かべた人が多いと思います。この弁護士のコメントを読んだ直後に、講演をした学校から生徒さんの感想が送られてきました。

「私は少し自己中なところがあり、自分のしたいことを優先させてしまうことが多くあります。彼女にも彼女なりの事情があると思うのでこれからはもっと彼女の意見を聞き、大切にしたいと思います。これから先、おろかなことをして、自分や彼女の人生を壊さないように気を付けようと思います。」

これまでも同じような感想をもらっていたのですが、あまり気に留めることもなく読み過ぎていました。しかし、今回は思わず「社会に蔓延する『自己中』『ジェンダーギャップ』というリスク」に着目していました。確かに事件を起こさないまでも「自己中」と思われる人が増えているように思います。その人たちが思い通りにならない相手を殺してしまったとしても、ある意味不思議ではありません。

\* \*

#### 集団レイプ事件の背景は

医学生や医者による集団レイプ事件が起りましたが、世間は「全くバカだから」、「酒でタガが外れたから」、「退学にすればいい」、「医師免許はく奪」といったいろんな感情が、意見が錯綜しています。一方で「東京大学、京都大学、早稲田大学、慶応大学、京都教育大学といった学生たちが同じような事件を起こしているのに何でまた!?!」と思った人も少なくないでしょう。いずれにせよ「ハイリスクな個人」というとらえ方の枠を出た解釈は聞こえてきません。いろんな解釈があると思いますが、私自身、「自己中」、「ジェンダーギャップ」という視点でこの問題を考えたことがなかったと反省しています。

\* \*

#### ジェンダーギャップが引き起こす性犯罪

日本のジェンダーギャップが主要7カ国(G7)の中では最下位の111位で、前年の101位からさらに順位を下げたとのことでした。評価が低い原因として、経済と政治の分野における女性の進出が著しく遅れていることが

挙げられていますが、一番問題視されなければならないことは、「女性とはこのようなもの」「こんなところに女はいらない」といった雰囲気が当たり前のように蔓延していることです。

アメリカ大統領選挙でヒラリー候補が負けたのは「女性大統領」を受け入れられない人たちが少なからずいたことだとも言われています。女性が体を売る性産業が存在することへの抵抗感を感じることなく受け入れている男性が多いのもジェンダーギャップというリスクが社会に蔓延している証拠です。ジェンダーギャップは結果であって、それを助長するのは、自己中男性が容認するアダルトビデオに描かれている「男性優位」、「女性蔑視」の世界です。そのような本能、欲望を男が持っているというリスクを共有することから始めたいものです。

\* \*

#### ジェンダーギャップを埋める性教育とは

では、ジェンダーギャップを埋めるために、自己中の蔓延を減らすために何ができるのでしょうか。高校時代に私の話を聞いた男子大学生が「後輩の女子学生から『彼氏がコンドームを使ってくれない』と相談されたけどどう返事したらいいのかがわからない」と相談してきました。彼は岩室の話聞き、パートナーのことを、二人の関係性を考え、コンドームを使っているとのことでした。逆にコンドームを使わない男はジェンダーギャップ、自己中というリスクにさらされた結果そのものです。

ジェンダーギャップを埋め、自己中を矯正する性教育の一つが、「パートナーの月経周期を把握するのは何のため?」といった先輩の経験を共有する機会を作ることです。人は経験に学ぶ。経験していないことは他人ごと。「男性は女性の気持ちを考えることが大事だとわかりました。」という感想からも、先輩たちが自らの経験を伝えることから始めてはどうでしょうか。いろんな人と、ジェンダーと触れ合う環境に身を置くことで、気が付けばジェンダーギャップを埋められるはず。あなたにできる事は?

#### 【文献】

- 1) Geoffrey Rose. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, 1992, pp13-14.
- 2) <https://www.nier.go.jp/shido/shienshiryou/>
- 3) <http://www3.nhk.or.jp/news/html/20161220/k10010813901000.html>

# BOOK GUIDE

## 今月のブックガイド

### 「無知」故の過ちを犯さないために

偏見や差別、いじめ、そしてヘイトなどは、何がある背景に存在しているのかを考えていたら、「無知」という言葉が浮かんできた。そして、何故か『無知の涙』という本を思い出し、書棚から何十年ぶりに手にしていた。同書は、永山則夫の獄中記である。彼は、1969年4月7日（当時19歳10月）に逮捕され、1990年に最高裁判所で死刑が確定、1997年8月1日、東京拘置所で刑が執行されている。48歳だった。

「無知を私は厭がる。何故なら、無知の苦患の味を身に泌〔沁〕みて知っているからである。」（河出書房新社版）と逮捕1年後に獄中ノートに記している。

「LGBT」や「セクシュアルマイノリティ」という言葉を、テレビや新聞、雑誌、インターネットなどでよく見聞きするようになった。しかし、どれだけ知識を持っているのか、理解されているのか、心許ない。何故なら、多くの偏見や差別、いじめ、リストカット、自殺未遂などが、相変わらず存在しているからである。

その背景にあるのが「無知」であると思う。

『セクシュアルマイノリティ～もっと知りたい！話したい！』（全3巻）は、公共・学校図書館用として、小学校高学年・中学生を読者対象として書かれている。

第1巻には「セクシュアルマイノリティについて」と副題が付けられている。

その目次を簡単に紹介すると、「第1章 性って何?」「第2章 セクシュアルマイノリティって何?」「第3章 セクマイの悩み」。

性について、セクシュアルマイノリティについて、そして当事者たちについて、わかりやすく解説してる。

第2巻の副題は「わたしの気持ち、みんなの気持ち」、「第1章 自分」「第2章 周り」「第3章 生きづらさ」「第4章 学校」。



### セクシュアルマイノリティ もっと知りたい！話したい！

(全3巻)

日高庸晴著

汐文社

各巻定価 2400円+税

この巻では、当事者を対象に多くのページを費やしている。性は多様なものであり、たとえマイノリティであっても、決して自己を否定する必要はないことを優しく説いている。

第3巻の副題は「未来に向かって」、「第1章 変わる社会」「第2章 自分らしく生きるために」「第3章 みんなが応援している」。

この巻では、社会が変化していることを具体的に紹介、セクシュアルマイノリティの明るい未来の姿を予想させてくれる。

本書は、子どもたちを読者対象として書かれているが、是非、子どもたちを支援・指導する立場にある教員に読んで欲しい。読むことで、セクシュアルマイノリティへの理解がすすみ、そして、教室での偏見や差別、いじめが目に見えて減少すると確信する。また、教員がセクシュアルマイノリティに関する知識を持ち、理解することで、当事者である子どもたちが自己肯定感を持つ手助けをすることもでき、リストカットや自死願望を予防する手助けをすることもできるのではないかと思う。3巻を通読することで、中途半端な知識ではなく、セクシュアルマイノリティについての基本的な知識は身に付く。「無知」故の過ちを犯さないためにも、図書館だけでなく、職員室に揃えて置くべき必読の書といえる。

親から捨てられ、無学のうちに育った生育を考慮し、永山則夫は、二審で「無期懲役」に減刑された。しかし、最高裁判所は、「同じ条件下で育った他の兄たちは概ね普通の市民生活を送っている」という理由で死刑を宣告した。

彼は、獄中で読み書きを覚え、その後、ひたすら読書をし、48歳で刑死するまで、多くの記録と哲学的文章を残している。彼の文章は、「無知」の恐ろしさと罪深さを教えてくれる。肝に銘じたい。

(教育ジャーナリスト 日向野一生)

▶▶ **2月12日** (日) 10:00 ~ 16:30 ◀◀

**ともに拓くLGBTIQの会くまもとLGBTセミナー**

LGBTIQのこれからを世界の潮流から読む

## 多様な家族ってなに？

— LGBT当事者のおかれた困難から生殖医療まで —

- 内容** <第1部> 講演1 「LGBTと家族」 東 優子氏 (大阪府立大学大学院人間社会学研究科教授)  
(第1部は、熊本県男女共同参画センター公開講座を兼ねます)
- <第2部> 講演2 「LGBTから見た生殖医療～我が国で可能なこと、困難なこと～」  
中塚幹也氏 (岡山大学大学院保健学研究科教授)
- 発表** 「LGBT当事者として生きるということ～多様な家族という選択～」  
**質疑応答** 「講師、発表者があなたの質問にお答えします」

**会場** くまもと県民交流館パレア 9階会議室1 (熊本市中央区手取本町8-9)

### 参加費・申込み先等

参加費：一般3,500円、学生・10代1,000円 (資料代含む) 定員：80名 (事前申込制)

申込み先：E-mail [hirakukaiseminar@gmail.com](mailto:hirakukaiseminar@gmail.com) または、ホームページ <http://kokucheese.com/event/index/446334> (申込み専用メール) まで、メール件名に「2月12日講座参加申込み」と書き、お名前 (通称可)、お住まいの都道府県、参加希望の部 (第1部のみ、第2部のみ、両方)、一般または学生・10代、を明記してお申してください。

▶▶ **2月26日** (日) 13:00 ~ 17:00 ◀◀

第5回

## 知っているようで知らない～性の健康セミナー

**会場** 秋葉原 UDX CONFERENCE 6階 type350 (東京都千代田区外神田4-14-1)

### プログラム

#### 【オープニング】【Overview】

北村邦夫氏 (一般社団法人日本家族計画協会理事長・家族計画研究センター所長)

#### 【講義①】「誤解だらけ！間違いだらけ！の男女の性」(女性編)

早乙女智子氏 (京都大学大学院医学研究科客員研究員・倅生会身原病院産婦人科)

#### 【講義②】「誤解だらけ！間違いだらけ！の男女の性」(男性編)

永井 敦氏 (川崎医科大学泌尿器科学教室教授・川崎医科大学附属病院副院長)

#### 【まとめ・質疑応答】「多様化する性の悩み！現場でどう対応していくか」

〈司会〉北村邦夫 〈講師〉早乙女智子・永井 敦

### 参加費・申込み先等

参加費：1,080円 定員：200名

申込み先：一般社団法人日本家族計画協会 研修担当 TEL03-3269-4785 FAX03-3267-2658 <http://www.jfpa.or.jp>  
〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10 保健会館新館

▶▶ **2月24日 (金) 9:40 ~ 16:30** ◀◀

第17回九州ブロック性教育研究大会・第21回熊本県性教育研究大会

『性同一性障害等に係る児童生徒への具体的支援のあり方について考える』  
**LGBT の子どもたちのために私たちができること**  
 — 一人も死なせないために —

**会場** 市民会館シアーズホーム夢ホール (熊本市民会館) (熊本市中心区桜町 1-3)

**プログラム**

- 【講演 1】「《LGBT 基礎講座》LGBT の基本的理解と児童生徒の学校・家庭での困難」  
今坂洋志氏 (ともに拓く LGBTIQ の会くまもと代表)
- 【講演 2】「熊本の性同一性障害の児童生徒が置かれた現状および医療の現場から学校や家庭に望むこと」  
平村英寿氏 (長嶺南クリニック院長 ともに拓く会顧問)
- 【講演 3】「性同一性障害の診療から学んだ学校等に知っておいて欲しいこと」  
松永千秋氏 (ちあきクリニック院長 性同一性障害学会理事)
- 【経過報告・体験発表】  
〈学校の取り組み〉「学校経営の立場からみた自校における LGBT 啓発のこれまでとこれから」清田一弘氏 (志成館高等学院統括部長) 〈支援活動〉〈性同一性障害当事者〉他

**主催・申込み先等** 参加費：資料代 3,500 円 (学生 1,000 円) 定員：180 名 主催：熊本県性教育研究会 共催：全国性教育研究団体連絡協議会、九州ブロック性教育研究協議会 **申込み先**：E-mail [kumaseikenivent@gmail.com](mailto:kumaseikenivent@gmail.com) または、<http://kokucheese.com/event/index/447019/> にアクセスし、メール件名に「2月24日九プロ参加申込み」と書き、①お名前 (通称可)、②お住まいの都道府県、③一般または「学生・10代」、④連絡先 (メールアドレスまたは電話番号) を明記してお申送ください。

▶▶ **2月12日 (日) 13:00 ~ 16:30** ◀◀

第11回日本性科学会近畿地区研修会  
**現代における多様な“性”のあり方**

**内容**

- 講演 1 「ドメスティックバイオレンス」  
山中京子氏 (大阪府立大学大学院教授)
- 講演 2 「子宮移植の日本の現状」  
菅沼信彦氏 (京都大学大学院教授)
- 講演 3 「性同一性障害」  
奥野幸彦氏 (奥野病院院長)

**会場** あべのハルカス 25F 会議室 C・D  
(大阪市阿倍野区阿倍野筋 1 丁目 1-4 3)

**問い合わせ等**

参加費／一般 5,000 円 学生 1,000 円  
 連絡先／森村美奈 (大阪市立大学大学院医学研究科総合医学教育学)  
 TEL 06-6645-3797

▶▶ **3月4日 (土) 10:00 ~ 17:00** ◀◀

第10回医療従事者と養護教諭のための性の健康基礎講座  
**性の健康**  
 ～守るのはあなたの「ことば」から～

**内容**

- ウエルカムスピーチ  
「今日の性の健康問題 解決するのはあなた」齋藤益子氏 (帝京科学大学教授・東邦大学名誉教授・性の健康医学財団常務理事)
- 講演 I 「今、学校でおきている性に関する様々な問題 (仮題)」  
北原加奈子氏 (文部科学省健康教育・食育課学校保健対策専門官)
- 講演 II 「高校における性の健康教育のすすめ方」  
高橋かん奈氏 (千葉県立千葉南高等学校)
- 講演 III 「性の健康における行動療法の実際」  
平山史朗氏 (東京 HART クリニック) 他

**会場** 東京大学医学部 2 号館 1 階小講堂  
(東京都文京区本郷)

**主催・問い合わせ等**

受講料／5,000 円 (学生 1,000 円)  
 主催・問合せ先／公益財団法人 性の健康医学財団  
 〒113-0034 東京都文京区湯島 2-31-6 湯島堀井ビル  
 TEL 03-3813-4098 FAX03-3813-4107 E-mail : [info@jfshm.org](mailto:info@jfshm.org)

▶▶ **2月11日** (土・祝日) 13:00 ~ 17:30 ◀◀

**東京HIVと性の教育セミナー 2017冬**

## トランスな私たちと性の健康 — ゲイ? レズビアン? ヘテロ? それとも? —

渋谷区同性パートナーシップ条例から1年、LGBTという言葉がふつうに使われるようになりましたが、LGBTのなかのトランスジェンダーの性の健康についてはほとんど語られません。

LGBTという縦割りのくくりではおさまらない人たちもいるし、少数派になるほど健康リスクにさらされたりします。そんな埋もれたテーマを二人のトランスジェンダーのゲストとほりおこし、多様さの幅を広げます。

1万人が回答したゲイ男性を対象にした出会い系アプリ上の最新調査(トランスジェンダーも回答には含まれる)の中間報告を共有しながら、学校や地域でなにができるか考えてみませんか?

**ゲストスピーカー** 浅沼智也さん (FTM ナースコーチ)、レディ X (MTF HIV+)

**報告** 「なぜなにアンケート LOVE & SEX 調査」中間報告 生島 嗣 (ぶれいす東京代表)  
(厚生労働科学エイズ対策研究事業 研究班 平成 28 年度調査)

**会場** 日本性教育協会セミナールーム (東京都文京区小石川 2-3-23 春日尚学ビル B1)

**参加費・問い合わせ等** 参加費: 1,000 円 (資料代含) 定員: 30 名 (定員になり次第締切)。  
申込受付: 件名を「2月11日セミナー参加希望」とし、氏名を明記のうえ下記問合せ先アドレスまで。

対象: 性の健康と性教育に関心のある方、教職員、助産師、保健師、学生等。

主催: 特定非営利活動法人ぶれいす東京 協賛: 日本性教育協会

問合せ先: E-mail office@ptokyo.org TEL 03-3361-8964 (月~土 12 ~ 19 時)

## JASE 性教育・セクソロジーに関する資料室

### 資料室について

JASE 資料室は国内外の性教育、性科学等に関する文献資料を収集している開架式資料室です。文献資料の数は約6万点以上、現在も日々、増え続けています。性教育、セクソロジーに関する調査、研究のためにご利用いただけます。人間の性に関心がある方、ぜひ足をお運びください。

【閲覧】 必ず事前に電話で予約が必要です (tel 03-6801-9307)。貸出業務は行っていません。

【開室日・時間】 月~金曜日 10:30 ~ 17:30

【休室日】 土・日曜日、祝日、年末年始 ※この他、会議等で臨時に休室することがあります。

【コピーサービス】 コピー料金は用紙サイズにかかわらず1枚10円です。著作権法の許容する範囲で行うものとします。

<http://www.jase.faje.or.jp/pub/archive.html>

### 資料室 利用方法

### 収集文献 ・資料

統計・調査報告書、ジェンダー・フェミニズム、性教育一般・性教育の歴史的資料、国内雑誌、障害者、セクソロジー (自然科学系、人文・社会学系)、民俗学・文化人類学・風俗、性研究史・性学史、教科書・指導書・学習指導要領、幼児期~青年期、国内学術誌、国際 (海外団体資料・海外学術誌)、高齢者・家族問題、文学・評論・エッセイ・文庫・新書、官公庁資料、JASE 刊行物、映像資料、個人論文、雑誌記事、新聞記事、絵本・写真集・マンガ、江幡・篠崎・朝山・石川・ダイヤモンド文庫、ほか。

<http://www3.jase.faje.or.jp/cgi-bin/search1.cgi>