

contents

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| 経口中絶薬をめぐる日本の現状と課題…………… 1 | 出会いは世界を広げていく⑤…………… 9 |
| わたしたちの性教育アクション⑤…………… 7 | 今月のブックガイド…………… 10 |
| 多様な性のゆくえ⑦…………… 8 | JASEインフォメーション…………… 11 |

経口中絶薬をめぐる日本の現状と課題

RHRリテラシー研究所*代表 塚原 久美

世界標準の中絶薬

2023年4月28日、ラインファーマ社の経口中絶薬メフィーゴパックが厚生労働大臣により承認された。妊娠9週までの妊娠初期の中絶に使える日本初の薬で、1～2日のあいだを空けて服用する2剤が同梱された「コンビパック」と呼ばれるタイプの製品である。1988年にフランスと中国で使われ始めた1剤目のミフェプリストン1錠は水で服用し、妊娠継続に必要な黄体ホルモンを阻害することで妊娠の継続を止める。2日後に2剤目のミソプロストール4錠を左右の頬と歯茎のあいだに2錠ずつ置いてそのまま溶かし、30分後に残ったものを水でのみこむ⁽¹⁾。しばらくすると月経痛に似た下腹部痛と共に子宮収縮が始まり、妊娠産物が体外に押し出されることで中絶が完了する。

この2剤の組み合わせは2005年から世界保健機関(WHO)の必須医薬品モデルリストに掲載されており、2019年には必須中の必須の薬を意味する「コアリスト」に移管され、主要な健康問題に対して最も費用対効果の高い優れた選択肢であることが認められている。日本政府はずっと「妊娠も中絶も医療ではな

い」の一点張りで健康保険の対象外としているが、世界ではコロナ禍を経て、中絶は必要不可欠なヘルスケアだという認識がますます強まっている。

国際産婦人科連合(FIGO)は、2020年3月11日のWHOによるCOVID-19のパンデミック宣言を追いかけるように、同年3月30日に次のような声明を発出した⁽²⁾(要約、〔 〕内は筆者が追加)。

世界では毎日約15万件の妊娠が中絶に終わっている。COVID-19の流行が拡大しつづける中、医療サービスや保健制度は限界まで逼迫しているところもある。〔しかし〕安全な中絶の提供は、まさに急を要する重要な保健サービスである……遅くなり〔中絶の〕許容期間を超えてしまうと、女性たちは妊娠継続を強制されることになる。

FIGOはこの声明の中で、遠隔診療(オンラインでの診察と薬の処方)を用いて中絶薬を自宅に送り、当人に服薬と合併症の有無の確認も任せる「自己管理中絶」を提唱した。この方法は、2018年に中絶を合法化したばかりのアイランドを皮切りに、イギリス、フランス、南アフリカなど、世界各地で採用された。

2021年3月、この方式を採用したイングランドや

ウェールズの1年間のデータを元に、FIGOは「遠隔医療は、クリニックに行かなくても妊娠初期に中絶を行える安全でプライベートな方法」であることが証明されたとして、「遠隔中絶サービスの使用を恒久化する」との声明を出した⁽³⁾。続いて2022年3月の声明で、FIGOは「安全な中絶サービスへのアクセスを含むリプロダクティブ・オートノミー（性と生殖に関する自律性）は、世界中のすべての女性と女兒の基本的かつ譲ることのできない人権である」との考えに立ち、「安全な中絶の全面的な非犯罪化」も求めた⁽⁴⁾。

WHOも以前から中絶の遠隔医療を実施・推奨してきたが、パンデミック宣言後はますます自己管理中絶の普及に力を入れるようになった。2020年のパンフレット「セルフケアに関するWHO勧告：内科的中絶⁽⁵⁾の自己管理⁽⁶⁾」は、妊娠初期に当事者が中絶薬を用いて中絶を行うのはセルフケアの一環だとして、「内科的中絶は、からだの負担が少ない、低コスト⁽⁷⁾、受け入れやすい、自律を高める」とアピールした。2022年3月には、従来の関連文書をすべて刷新した『中絶ケアガイドライン』を発行し、女性や少女の人権尊重のために、当人の価値観や好みを中心に据え、安全な中絶方法を「選択」できるように、法や医療、情報提供などの環境を整えることを各国に求めている。WHOによれば、妊娠初期の内科的中絶は事前のエコー検査もいらぬ身近なケアであり、薬剤師や准看護師から専門医までの医療職の他、薬局店員や本人も取り扱えるとしている⁽⁸⁾。

日本より1か月半早い2023年3月8日の国際女性デーにミフェプリストンを承認したアルゼンチンは、WHOの方針に則ったシステム構築に励んでいる。カトリックの影響が強い同国は、長年、中絶を厳禁してきたが、2020年の「任意妊娠中絶法」で妊娠14週までのオンリクエスト（要請しだい）の中絶を認めてからは状況が一変した。保健省は承認後すぐに内科的中絶を行えるように、専門家向けプロトコルや一般向けパンフレットの作成、法整備、中絶薬の国内生産体制の確保、「包括的なケアのためのプロトコル」作りなど、準備万端整えてきた⁽⁹⁾。8月には中絶薬の薬局販売も始まる。

このように、世界では今や中絶薬の安全性と有効性は立証済みとされ、女性に不可欠の選択肢として提供することが求められている。特に、コロナ禍を経て内

科的中絶の安全性と有益性が再認識されたことで、提供者の枠を広め、遠隔診療と自己管理中絶に推移しつつある。そのような世界情勢に照らすと、日本もコンピバックを承認はしたものの、FIGOやWHOの推奨する中絶ケアとのギャップはあまりに大きい⁽¹⁰⁾。

日本の承認

WHOのパンデミック宣言の1年後、2021年4月に「日本初の経口中絶薬が承認申請される」とメディアがこぞって報道した。日本ではそれまで「中絶」が話題になることすらめったになかったのに、「中絶薬」がにわかにニュースの見出しを飾るようになったのである。

このとき、治験に関わった東京大学の犬須賀穰産婦人科学教授は、経口中絶薬について「副作用がほとんどなく極めて安全。医師による外科処置なしに、女性が主体的に中絶を行えるようになる」と請け合いながら、「病院経営の観点から……手術と同等の価格設定となる可能性」に触れ、公的補助の検討も必要だとした。同教授は4月末の日本産科婦人科学会学術会議においても、既存の中期中絶薬の厳格な管理方法を参考にすべきだと発言し、「薬剤の服用を自宅で行うことを認めている国もあるが、それらの国は長年の経験を持つ国であり⁽¹¹⁾、わが国においては少なくとも薬剤の服用は医療機関で行う必要がある」との見解も示した。

一方、日本の中絶業務を一手に引き受けている母体保護法指定医師（以下、「指定医師」）の利益団体である日本産婦人科医会（以下、「医会」）の木下勝之会長（当時）は、処方当局面、入院が可能な医療機関で、中絶を行う資格のある医師だけが行うべきだとしたうえで、「医師は薬を処方するだけでなく、排出されなかった場合の外科的手術など、その後の管理も行うので相応の管理料が必要だ」と述べ、従来の手術と同等の10万円程度になることを仄めかした。

様々な憶測や期待が飛び交うなか、ラインファーマ株式会社は2021年12月22日に経口中絶薬の承認申請を行った。1年以内に承認との噂もあったが、翌年は何の動きも見られず、2023年1月下旬に厚生労働省（以下、厚労省）の部会で「承認了承」の結論と共に、2月1日から1か月間パブリックコメント（以下、「パブコメ」）を実施すると突然の告知があり、女性グ

ループはパブコメ提出の呼びかけに奔走した。パブコメの結果を受けて審議が予定されていた3月の分科会は、集まった1万2千通の意見が未整理との理由で延期され、翌月の分科会でようやく「承認了承」となり、4月28日に「メフィーゴパック」という商品名で正式承認された。ただし、承認時に発表された薬の添付文書には、パブコメの資料として提供されていた「添付文書(案)」にはなかった「劇薬」の二文字が付いていた。

メフィーゴパックの承認時、厚労省は指定医師のみが使用することはもちろん、適切な使用体制が確立されるまで、「当分の間、入院可能な有床施設(病院又は有床診療所)において使用する」とこと、「ミソプロストール投与後は、胎嚢が排出されるまで入院または院内待機を必須とすること」を命じた。これでは中絶薬の最大の長所である「セルフケア」「プライバシー保護」が不可能になるばかりか、当事者は妊産婦や新生児と対面する可能性のある院内に強制的に足止めされることになる。この日本の入院要件について、Women on Web⁽¹²⁾の創始者で、長年、安全な中絶ができない国々の女性たちに中絶薬を送付する活動を行ってきたオランダのレベッカ・ゴンパーツ医師は、「移動の自由を奪う人権侵害」であり「拘束」にあたりと批判した⁽¹³⁾。

入院要件と高額料金

メフィーゴパックは5月16日に発売され、ラインファーマ社のサイトには「中絶薬について相談できる病院・クリニック一覧(以下、「一覧」)」が公開されたが、発売後1か月の時点で、指定医師のいる全国約4000施設中16都道府県31の医療施設しか登録されていない。しかも、登録施設のウェブサイトに見ると、ホームページのどこにも中絶の文字が見当たらないことも多く、妊婦や乳児の笑顔の写真、豪華な出産施設やサービスの宣伝ばかりが目立つサイトも少なくない。これでは、中絶を相談するつもりでクリックした女性に心理的なダメージを負わせてしまわないか。ラインファーマ社に問い合わせたところ、担当者から「心のケアは重要」との認識が示されたが、利用者の立場や気持ちへの配慮は求めているようである。

料金は、大須賀教授が「病院経営の観点から手術同

等に」と述べ、医会が「10万円⁽¹⁴⁾」を基調路線として打ち出しており、大幅に安くなることはなさそうだ。ラインファーマ社の「一覧」に真っ先に名を連ねたクリニックは、私が知る限り現在最安値の総額8万9000円に設定しているが、他に10万円を切るころは見当たらない。消息筋によると、医会の幹部が勤務しているある病院は1泊の入院費込みで20万円に設定したという。

メフィーゴパックの「劇薬」指定は、入院要件と高額料金を正当化している。危険な薬と位置づければ、一般人は慎重に導入し厳格に管理するのも仕方ないと不満を口にしなくなる。しかし、世界中で安全に使われているコンビパックに医学的に不要な障壁を作ってしまうと、必要とする人に届かなくなる。また、医師の都合を優先させて女性にツケを払わせるも不当である。

医会は一貫して、「(中期中絶薬の)ゲメプロストと同等の厳格な薬品管理」を求めてきたと、石谷健常務理事は語る⁽¹⁵⁾。しかし、世界標準の経口中絶薬を、海外ではもはや使われていないゲメプロストと同等の厳重管理下に置くのは不合理である。

ゲメプロストとは

ゲメプロストは日本の小野薬品工業(以下、「小野」)が1970年代に開発した経膣で使う薬で、製品名は「プレグランディン膣坐剤1mg」である。日本では妊娠12週以降の中期中絶にもっぱら使われており、膣内で溶かして吸収させることで子宮収縮と頸管開大作用が働き、膣を経由して妊娠産物が外に排出される。小野は妊娠中期の人工流産用として1981年にこの薬の承認申請を行い、通常よりはるかに長い3年以上も過ぎてから、1984年によく承認が下りた。メフィーゴパックが「日本初の経口中絶薬」と呼ばれるのは、実は膣坐薬のプレグランディンが「日本初の中絶薬」だからである。

申請から承認まで3年以上もかかったのは、「安い薬代だけで中絶がすんでは経営悪化を招きかねない」と一部の産婦人科医から反発が起り、「中絶を増やし、人命軽視の風潮を増長させる」と保守的宗教団体の支援を受ける生命尊重派の国会議員がモラル低下への懸念を強く主張したためである。厚労省は「安易に使われてはならない」と、妊娠中期の「治療的流産」に限

定して指定医師のみが使える「劇薬」に指定し、横流し防止のために数量、ロット番号、年月日記載など細々とした「管理・取扱い要領」を定め、これらに違反すれば「行政指導で出荷停止する」等々と幾重もの厳重な管理体制を敷いたのである。「審議会を回りながら2年近くも承認されなかったこと」も、「ひとつの薬のために管理・取扱い要領が定められたこと」も、「異例づくめ」だったとされている⁽¹⁶⁾。

開発当初から関わってきたメーカーのあるスタッフは、「営業的には初期を狙っていたが、あまり効き目があるので社会的に問題になり、許可は難しいと判断した。中期で申請すれば、治療ということで理由は通る。薬を早く世に出したかったのが、こんな形になった」と打ち明けている⁽¹⁷⁾。

おそらくメーカーは、薬を使える対象を限定する見返りとして、この薬の価格を高めに設定することを医師たちに承知させたと思われる。当時としてはかなり高い1個4400円強の薬価となり、これを1度の中期中絶で通常3～4個、最大5個も使用する。この高価な薬を節約するために、指定医師たちは薬を使う前にラミナリア等の頸管拡張材で前処置する方法を標準化した。ラミナリアは海藻を原料にした細い棒状の器具で、子宮頸管に数本挿し込んでおくと水分を吸って膨張し、頸管を押し広げる。ただし、この処置は女性たちに相当な痛みをもたらす。現在、WHOでは妊娠19週までの中絶では、頸管開大処置にラミナリア等の頸管拡張材を使用することを推奨していないが、日本では初期妊娠中絶でもあたりまえに使われているのが現状だ（次ページの表参照）。

実はゲメプロストは、1970年代後半に国内の12大学病院でまずは妊娠初期について試され、91.7%（96人中88人）という高い成功率を収めていた。一方、中期中絶の成功率は87%（63人中55人）と比較的低く、被験者の数も少なかった。それなのに「妊娠中期」に限定したのは、何よりも当時の指定医師には妊娠初期には搔爬という儲かる方法⁽¹⁸⁾があったが、中期中絶には良い方法がなかったために違いない。「治療的流産」を持ち出したのは、倫理的批判をかわせるというメリットと共に、この縛りは名ばかりであること⁽¹⁹⁾を指定医師たちが承知していたからだろう。いずれにしても、中絶を受ける女性にとっては「(自分一人で)薬を使えば中絶できる」現実が遠のいたという

意味で大きな損失だった。

ゲメプロストを用いた妊娠初期の中絶に最初に成功し、この薬の「産みの親」ともいわれる鳥取大学の富永好之元助教授は、1981年に大学を辞し開業している。同氏は1984年の承認時の新聞で、「これからどんな使われ方をするのか、祈るような気持ちです。ただ医者が使うという前提で妊娠初期も許可されたら、麻酔をかけられない人、合併症のある人、筋腫のために器具が入らない人など、もっと多くの女性が救われるのに」と嘆いていた。ところがこの「古くて高価な」ゲメプロストは、日本では40年近くも中期中絶のみに使われ続けている。21世紀に入って海外ではコンビパックが中期中絶の推奨法になったが、日本では古い腔坐薬がラミナリアとセットで使われているのである。

ミソプロストールに奪われた座

海外では、1988年に妊娠7週までの中絶を終わらせることができる薬としてミフェプリストンが登場したために、ゲメプロストはそれ自体が「中絶薬」であるとはみなされなくなった⁽²⁰⁾。ミフェプリストンを補助する第二剤の子宮収縮剤の候補に格下げされたのである。やがて、少し遅れて候補に入ってきたミソプロストールと盛んに比較されるようになったが、2005年のWHOの『必須医薬品モデルリスト』に、ミフェプリストンとミソプロストールの組み合わせが掲載されたことで、ミソプロストールに軍配が上がった。ミソプロストールとゲメプロストの効果はほぼ同等だが、前者は常温保管が可能で4個で約100円と安価で複数の投与方法があるのに対し、後者は冷蔵保管が必要で高額で経膣しかない不便な薬だったためである。

21世紀に入り、内科的中絶でも外科的中絶でも、子宮収縮剤としてはミソプロストールが最良であることが証明されると、WHOの中絶に関わるあらゆる文書からゲメプロストの名前は消えた。WHOの『中絶ケアガイドライン』の作成担当者にも確認したが、もはやWHOはゲメプロストを「安全な中絶」の手段とは見ていない。つまり、安全とはみなされていないゲメプロストの取扱いに準じて、世界中で使われ、WHOが必須医薬品として指定している安全で有益な薬を「厳重管理」するなどということは、あってはならないことなのである。

WHO（2022）の推奨する中絶医療制度と日本の中絶医療制度の現状

| | WHO | 日本 |
|-------------------|---|--|
| 中絶の規制 | 中絶を全面的に非犯罪化する | 刑法墮胎罪で犯罪化されている |
| | 中絶の理由に基づく規制を行わない | 母体保護法で違法性阻却事由を定めている |
| | 本人の希望で中絶ができるようにする | 本人の希望による中絶はできない |
| | 妊娠週数に基づいて中絶を禁止しない | 厚労省通知により妊娠 21 週未満しか中絶できない |
| 中絶ケアに関する情報 | ケアの全体にわたって地域保健師～専門医※が情報を提供する | 規定なし |
| カウンセリングの提供 | ケアの全体にわたって地域保健師～専門医がカウンセリングを提供する | 規定なし |
| 外科的中絶時の疼痛管理 | ルーチンでの全身麻酔は行わない | ルーチンで全身麻酔が行われている |
| | 傍子宮頸管ブロックを使用する | 傍子宮頸管ブロックは一般的でない |
| 外科的中絶前の頸管熟化 | 12 週未満の外科手術前に吸湿性頸管拡張材を使用しない | ラミナリア等の吸湿性頸管拡張材が広く使われている |
| | 19 週以降は吸湿性頸管拡張材と薬剤（ミフェプリストン、ミソプロストール、または両方の併用）を用いる | ラミナリア等が用いられるがミフェプリストンおよび／またはミソプロストールは使われていない |
| 提供者の制限 | WHO の手引きと矛盾するような中絶の提供者・管理者に関する規制を行わない | 中絶は母体保護法指定医師しか行えない（WHO の推奨する専門医の一部しか行えない） |
| 外科的中絶の方法 | 14 週未満は真空吸引法で行い、掻爬を行ってはならない | 今も掻爬が過半数で使われ、吸引法単独使用は 2 割程度である |
| | 14 週以降の外科的中絶は D&E で行う | 12 週（まれに 14 週）以降の外科的中絶は行わない |
| | 14 週未満の吸引は看護師～専門医が行う | 週数や手法によらず指定医師しか行えない |
| 薬剤による中絶の管理 | 12 週未満はミフェプリストンとミソプロストールを併用するか、ミソプロストールを単独で使用する。どちらの場合も、必要に応じてミソプロストールを追加投与する | 9 週 0 日まではメフィーゴパックを使えるが、サイトテック（ミソプロストール）の単独使用や追加投与はできない |
| | 12 週以降は一般医と専門医が薬剤を管理する | 12 週以降も指定医師のみが管理する |
| 稽留流産の管理 | 14 週未満は、ミソプロストール単独よりも、ミフェプリストンとミソプロストールを優先的に使用する | メフィーゴパック（ミフェプリストンとミソプロストール）も、サイトテック（ミソプロストール）も、稽留流産には使えない |
| | 14 週以降 28 週以下は、ミソプロストール単独よりも、ミフェプリストンとミソプロストールを優先的に使用する | 同上 |
| 不全流産 | 14 週未満は、吸引法か薬剤による管理のどちらかを行う | 週数によらず、（掻爬を含む）外科的管理を行う |
| | 14 週未満の合併症のない不全流産の場合は、地域保健師～専門医がミソプロストールで管理する | 週数や合併症の有無によらず、（掻爬を含む）外科的管理を行う |
| 中絶後の避妊 | 子宮内避妊器具（IUD）は補助助産師～専門医が挿入・除去する | IUD は専門医が挿入・除去する |
| | 避妊インプラントは看護師～専門医が挿入・除去する | 避妊インプラントは日本にはない |
| | 避妊注射は自己投与、または地域保健員～専門医が投与する | 避妊注射は日本にはない |
| 薬による中絶薬の遠隔医療アプローチ | 薬による中絶サービスの全てまたは一部を提供するために、保険医療従事者との対面でのやりとりを代わる選択肢として遠隔医療を提供する | 薬による中絶に関して、遠隔医療は導入されていない |
| | 12 週未満の薬による中絶の場合、以下の 3 つの構成要素の全て、またはいずれかを自己管理する選択肢を与える：①適性の自己評価（妊娠期間の決定、禁忌事項の除外）、②医療施設外で医療従事者の直接の監視なしに中絶薬を自身で投与および中絶過程を管理、③中絶が完遂したかどうかの自己評価 | 自己管理の選択肢はない。適性は指定医師が評価し、医療施設内で指定医師の面前で服用させ、医療施設内にて経過を監視し、中絶が完遂したかどうかは指定医師が評価する |
| 中絶後の自己管理アプローチ | 中絶後、避妊注射を自己管理する選択肢を与える | 避妊注射の選択肢は日本にはない |
| | 希望者が処方箋なしで市販の経口避妊薬を入手できるようにする | 処方箋なしで市販されている経口避妊薬は日本にはない |
| | 希望者が処方箋なしで市販の緊急避妊薬を入手できるようにする | 処方箋なしで市販されている緊急避妊薬は日本にはない |

WHO『中絶ケア ガイドライン エグゼクティブサマリー』*（2022）を元に筆者が作成

* 翻訳：リブラ（リプロダクティブライツ情報発信チーム）& 一般社団法人 日本助産学会

※サービス提供者は、より専門性の高い資格や職種を後にして並べると次のようになる：患者自身、地域保健師、薬局員、薬剤師、伝統医学・補完代替医療専門家、補助看護師・補助助産師、看護師、助産師、准・上級臨床医、一般医、専門医。指定医師は専門医の中の一部。

メフィーゴパックが「劇薬」にされた理由

一方、日本の厚労省に、今回、メフィーゴパックが「劇薬」指定になった理由を問い合わせてみた。何度

かやりとりしたが、納得できるような回答は今のところ得られていない。

厚労省の担当者によれば、メフィーゴパックを「劇薬」にした根拠は、動物実験段階の「数値」だという。新薬が誕生するには人間を対象にした臨床試験（治

験)が行われるが、その前段階として動物実験で毒性などを確認する。その毒性検査でいくつか危険域に引っかかった項目があるというのだ。特にミソプロストールについては、(中絶に失敗した場合の)胎児に先天異常が起きる可能性が指摘されている。

しかし、ポーンマス大学のサム・ローランズ教授は、「動物実験に戻るのはおかしい」と厚労省の見方を批判する。世界中で膨大な数の「人間」に用いられたことで、すでに動物実験段階での懸念は払しょくされているのだという。むしろ同教授は、「(中絶すれば存在しない)胎児の健康を懸念事項として前面に出すのは、女性を胎児の容器に貶める見方だ。厚労省のアプローチは見当違いで、女性の健康を中心に据えないことでむしろ害をなしている。中絶を希望する女性に焦点を合わせるべきだ」と批判している。

人権に基づく中絶を

中絶医療は20世紀後半から日進月歩で進化しており、女性差別撤廃条約は「科学的進歩を享受する権利」も守られるべきだとしている。日本のメフィーゴバック承認のための条件とされた嚴重管理も、その管理法の見本とされているゲメプロストが今もなお使わ

れている嘆かわしい事実も、中絶を必要とする当事者の健康と権利の視点が全く欠落してきた結果だ。今のままでは、1999年に承認されながら未だに使用率は3%程度と言われている低用量避妊ピルと同じ運命を辿る恐れがある。

しかし、インターネット時代の今は、手を伸ばせば山ほど国内外の情報が得られる時代になっている。自動翻訳も進化しているし、海外事情に通じた人々が日本語での情報発信も行っている。リプロダクティブ・ライツは自己決定権だけではなく、真に自己決定できるように正しい情報と手段を提供される権利でもある。妊娠早期の内科的中絶では、人間の形をした「胎児」はいない。中絶薬がもたらすのは人工流産であり、まだ「胚」の段階で妊娠を終わらせることが可能になったことで中絶は様変わりしている。事実を知り、日本の中絶の状況改善が遅れてきた原因を解明し、変えていかなければならない。

配偶者同意や指定医師制度は時代遅れであり、妊娠する人々の健康と権利を侵害している。指定医師は「搔爬」のスキルを学んでいるが、人権は学んでいない。性教育に関心のある読者には、人権に基づいた国際標準の中絶の医療や法制度を学び、それを次世代に伝えていっていただきたい。

【注】

- (1) この服用法は「バックル」と呼ばれる。
- (2) <https://www.figo.org/abortion-access-and-safety-covid-19-march-2020-guidance>
- (3) <https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>
- (4) <https://www.figo.org/resources/figo-statements/figo-calls-total-decriminalisation-safe-abortion>
- (5) 「内科的中絶」とは「外科的中絶」との対比で、外科的処置を伴わない内服薬による人工流産/中絶を指す。海外では流産の後処置や胎児の子宮内死亡後にもこの薬が用いられる。
- (6) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf>
- (7) 国連人口基金を通じて購入されたコンビパックの平均価格は6.55ドル(約740円)とされる。
<https://reproductiverights.jp/wp-content/uploads/2021/12/ded7b78db6b28db11d0aadd41518c1b4.pdf>
- (8) 医師以外の人単独による中絶薬の提供について、妊娠10週までエビデンスがある。
- (9) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>
- (10) 表「WHO(2022)の推奨する中絶医療制度と日本の中絶医療制度の現状」p.5参照。
- (11) アルゼンチンのように、長年の経験がなくとも合法化と同時に中絶薬を導入し、アクセスよく提供している国もある。
- (12) <https://www.womenonweb.org/ja/>
- (13) 2023年7月7日 SOSHIRENのオンラインイベントにて。
- (14) 医会によると薬代は5万円。
- (15) 2023年5月10日医会第174回記者懇談会
- (16) 朝日新聞1984年5月31日
- (17) 朝日新聞1984年7月11日
- (18) Philip Brasar & Masako Tsubuku, Japanese laws make abortion an economic issue, on Japan Times, May 13, 2012
- (19) 日本では「経済的理由」が形骸化しているのと同様に、中期の「治療的流産」は定義さえされてなく、指定医師が理由の欄に「治療的流産」と書き込むことについて、何のチェック体制もない。
- (20) ミフェプリストンで確実に妊娠を終わらせてから、子宮収縮剤を用いて排出させることで、収縮剤のみで行う場合とは異なり、中絶児が誕生してしまう問題はまず起こらない。

わたしたちの 性教育 アクション

冊子からネットでPDFデータへ

初年度の2022年には全学生分の冊子『産婦人科への一歩』を印刷し、大学を通して配布しました。しかし2023年度は、予算や紙資源の節約などから、チラシ1枚で紹介し、各自インターネットに公開されているPDFデータを見てもらうという方法に変えました。

確かにかかるお金は節約できて次年度以降も継続しやすくなり、エコでもあるのでよいのですが、各自でインターネットにアクセスしてもらうというワンアクションのせいで届きにくくなっているだろうなという歯痒さもあります。どのような方法で必要とする人たちに届けるかというのは今後の課題だと思います。

2023年度のチラシには冊子の紹介だけでなく、HPV ワクチンキャッチアップ接種についての広告も載せてみました。今の大学生の世代はちょうどキャッチアップ接種の対象の年代ですが、住民票を実家に置いたままで接種券が手元に届いておらず、無料接種できることを認識していない学生もいるようです。また、キャッチアップ接種はあと2年で終了してしまうので、受けたいと思っている人は時期を逃さず受けてほしいとの思いから、お知らせを載せました。このお知らせを書くときに、ワクチン接種の強要にならないように配慮しつつ、それでもワクチンの有用性を知ってもらえるように書くというのが難しかったです。

メンバーは年度ごとに入れ代わっても継続する団体に

冊子作成当時のメンバーは次々と卒業し、来春には初期のメンバーはいなくなります。しかしせっかく作ったものなので、毎年新生に紹介チラシを配布していこうと考えています。この活動に対して弘前大学学長の福田眞作先生からも励ましの言葉をいただいております。「今後もぜひ続けていってほしい」と言っていただきました。来年度以降も内容を改訂し、冊子が学生の役に立つようにしていきたいと思っています。

#5

メンバーが入れ替わっても 継続できる団体を目指して

弘前大学の学生団体「one step to OBGYN」

オービジーワイエヌ



学生表彰された制作メンバーの代表・佐々木友喜さん(右)と筆者

また弘前大学以外にもこの冊子を必要とする人がいれば、そこにも広めていきたいと考えています。例えば他大学の学生はもちろん、中高生にも知ってもらいたいことが書かれているので、配布する学校を拡大していけるかもしれません。または病院の外来で、産婦人科系の悩みを持つ患者さんにも使ってもらえるかもしれません。一方でどうやってその層に広めに行くか、中高生なら内容を変えた方がいいのか、予算はどうするのか、など様々な課題もあります。

「one step to OBGYN」のメンバーは年度ごとに入れ替わっていきますが、この活動が途切れることなくさらに発展するように頑張っていきたいと思っています。

最後に、この記事を読んだ方で『産婦人科への一歩』を使いたいという方がいらっしゃいましたら、インターネットに公開していますのでご自由にどうぞ。

編集して使われる場合もメールなどございましたらご対応いたします。

(文責・九鬼朝美)

one step to OBGYN
代表 九鬼朝美

『産婦人科への一歩』紹介ページ
<https://www.hirosaki-u.ac.jp/topics/72122/>
one step to OBGYN メールアドレス
ippo.obgyn@gmail.com



報告会の久々感

創設30周年のキックオフイベントを兼ね、特定非営利活動法人ぶれいす東京が5月27日夜、JR高田馬場駅に近い新宿区戸塚地域センターで2022年活動報告会を開いた。

第1部は各部門の活動報告。休憩をはさみ、第2部が初代表の池上千寿子さんと現代表の生島嗣さんによる「30周年キックオフトーク」。公式サイト『活動報告会と年間活動報告書のお知らせ』には、短い開催報告やPDF版報告書とともに、閉会時の集合写真も掲載されている（下欄外アドレス参照）。

参加者数はスタッフを含め62名。写真は公開が前提なので「顔出しOKの人だけ」という条件付きだったが、数えてみると33人が写っている。老若というか、30年の重みが伝わる顔ぶれである。

コロナ流行の影響で、ぶれいす東京の活動報告会もバーチャル開催が続いていた。実際に会場に集まる対面の報告会は4年ぶりだという。もちろん、この間も活動自体は続いていたのだが、私のように遙か後方から応援する者には、久々感がいつになく強かった。

「あれ、お久しぶり。お元気ですか」

「いやあ、すっかり年を取っちゃって」

開始前の短い時間に旧知の人物と出会い、挨拶を交わす。苦難の時期を何とか乗り越え、再び集まることができた。その懐かしさと同時に、今回は初対面の人が増えたなあという印象も強く受けた。

あまり役には立っていなかったが、私は10年ほど前まで、ぶれいす東京の理事をお引き受けしていた。退任したのは、厚労省研究班の評価委員を委嘱され、評価と活動の利益相反を避けたいと考えたからだ。

このため、新しく活動に加わった人たちとの接点はあまりない。ざっとした印象でいえば、会場では7割くらいの方と初対面だったのではないかと思う。

報告会の第1部では、「ホットライン」「Gay Friends for AIDS」「Sexual Health Project」「ネスト」「ボディ」「HIV陽性者への相談サービス」「研究・研修」の7部門から報告があった。各部門の代表も若いスタッフが

中心だ。例えば、ホットライン部門で報告を行ったのは3年目と7年目のスタッフだという。

治療薬の開発などで、HIVに感染した人たちが長く生きられるようになった。社会生活を続けるための支援に対するニーズがそれだけ増え、同時にサービスを担う人たちも増えている。一人一人に確かめたわけではないので、個人的な想像ではあるが、スタッフやボランティアとして活動する人の中にも、自らがHIV陽性であったり、身近にHIV陽性者がいたり、といった人たちが多くいるように感じられる。

何が必要なのか（ニーズ）を自ら判断し、その解決策（ソリューション）を示していく。そうした好循環が組織の継続を支えている。もちろん、「エイズは終わっていない」という厳しい社会的現実がその好循環の背景にはあることも直視しなければならない。

第2部は生島さんが聞き役になり、池上さんの話を引き出すかたちでトークが進められた。

約1時間の予定のトークに用意されたスライドが40枚もあったということで、お話しは「この30年」を振り返るところまではなかなか踏み込めず、ぶれいす発足前夜を振り返ることが中心になった。

エイズの公式症例がアメリカで最初に報告されたのは1981年、当時はまだAIDS（後天性免疫不全症候群）という名称も定まらない「謎の奇病」だった。その4年後の1985年には米ジョージア州のアトランタで第1回国際エイズ会議が開かれている。

日本からの会議参加者は3人くらいだったという。池上さんはその会議にハワイから参加した。ハワイ大学の研究者だったからだ……ということで話は「謎の奇病」をめぐる当時のハワイの状況から始まる。

ぶれいす東京の創設は1994年であり、30周年を迎えるのは来年（2024）になる。ちょっとフライング気味かとも思ったが、タイトルをよく見ると今回は「キックオフ」となっている。これから30周年まで、1年かけて様々な機会、様々な場面で「この30年」が語られることを期待し、できれば報告もしたい。

出会いは世界を広げていく

交流会を通して

第5回

土肥いつき DOHI ITSUKI

京都の公立高校教員。24時間一人バレード状態のトランス女性。趣味の交流会運営で右往左往する日々を送っている。

介入か放任か

7月号には、わたしのはじめてのカウンセラー経験を書きました。わたしははじめて担当したグループは団結力も強く、メンバーたちは大盛り上がりをしてくれました。おそらくはじめてのカウンセラー経験は、成功だったと思います。ただ、自分の中には疑問がありました。それは、グループをまとめようとするあまり、わたしやろうとしたことを押しつけたのではないか、メンバーたちは本当はそれぞれが自分のやりたいことを持っていたのではないかということでした。

翌年、わたしは再び「やまびこキャンプ」でカウンセラーをすることになりました。2回目のカウンセラーは、前年とはまったく違うチャレンジをしようと思いました。この時も、2日目はプログラムが用意されていないフリーの日でした。前年はわたしが先頭に立ってメンバーを盛り上げましたが、この年は「やりたいことをやって1日過ごそう」と提案しました。やりたいことをやると言っても、メンバーたちは何をすればいいかわかりません。そこでわたしは「自分はブーメランをつくるわ」と言って、薄い薪を持ってきて、ナタで削りはじめました。そんなわたしを見て、メンバーたちも思い思いのことをはじめました。あるメンバーは、鍵型になった枝と長めの枝を拾ってきて、それに紐をくりつけて、釣りはじめました。キャンプサイトには小川が流れていました。ただ、魚がいる気配はまったくありません。「釣れる？」と聞くと、そのメンバーは「ううん」と答えますが、釣りをやめようとはしませんでした。別のメンバーは薄い石を拾ってきて、それを削ってナイフをつくりはじめました。わたしもブーメランを投げては「帰ってこないなあ」とつぶやき、また削るということを繰り返しました。

やがて昼ごはんのカレーをつくる時間がきました。でも、メンバーたちはまったくつくろうとしません。そんな光景を見かねたのか、マネジメントスタッフがやってきて、小川の上に「川床」をつくって、「カレーをつくってここで食べよう」と言ってくれました。それを見て、メンバーたちはようやくカレーをつくり

はじめました。

そんなグループ運営をしたので、もちろんグループとしてのまとまりは、あまりありませんでした。キャンプが終わり「さすがに放っておきすぎたかな」と思いました。2回目のカウンセラー経験は、マネジメントスタッフの助けをかりたということもあったし、なによりグループづくりという意味で、おそらくは失敗だったと思います。しかし、最終日のメンバーたちは、みんな「4日間、遊んだ」という顔をしていました。その顔を思い出した時、本当に失敗だったんだらうかとも思いました。

グループづくりに必要なのは介入なのか放任なのか、その答えが出ないまま、その翌年、プログラム進行のチーフであるプログラムディレクターを任されることになりました。もちろんディレクターを担当するのははじめてでした。ただ、「やまびこキャンプ」には経験豊かな先輩リーダーがいました。そんな人たちに支えてもらいながら、ディレクターをすることになりました。このプログラムディレクターの経験が、グループづくりに必要なことを教えてくれた気がします。

プログラムディレクターの最初の、そして一番大切な仕事はキャンプ全体のプログラムをつくることです。プログラムの中身は、その年にボランティアとして参加してくれるリーダーのキャンプ経験によって異なります。経験豊富なリーダーがたくさんいればプログラムの自由度が上がりますが、必ずしもそうとは限りません。一方、キャンプの裏方を支えるマネジメントスタッフの仕事の中には、例えばキャンプファイアの薪組などがあり、一定程度のキャンプのスキルが必要となります。そのため、カウンセラーは通常、あまりキャンプ経験がない人が担当することになります。このような場合、キャンプ全体のプログラムづくりがとても重要になります。なぜなら、プログラム進行によってグループづくりをサポートする必要があるからです。そこで、次号にはこの時に学んだプログラムづくりについて書こうと思います。

BOOK GUIDE

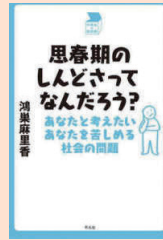
今月のブックガイド

子どものしんどさを生み出す おとなと社会

「思春期のしんどさ」という文字だけで、かつての息苦しく、窮屈だった思いがよみがえる大人は少なくはないのではないか。もちろん、部活動に明け暮れ、友人と笑い合い、恋愛に夢中になった日々もあるだろうが、そこにはつねに理不尽なルールや威圧的な大人の態度、つかの間の息抜きに救われるほどの閉塞感、性に対するうしろめたさや罪悪感があったように思う。ほんの少し前まで思春期を生きていた大学の学生たちにして、当時の日常がしばしば「黒歴史」と表現されるように、実は、多くの人にとって思春期は「暗黒」の時期なのだ。自意識過剰さへの恥だけでなく、生々しい生きづらさを思い出したくないからではないか。

スクールソーシャルワーカー（SSW）として子どもや教員、保護者と関わりながら、女性や子どもの相談を受け、こども食堂などの「居場所」づくりをしている著者は、子どもたちにこう語りかける。「思春期のしんどさ」は、「思春期のせい」ではない。「世の中の仕組み（環境や構造）」に原因がある、と。子どもたちの苦しみや行動は「思春期だから」とみなされやすい。しかし、思春期のせいになると、問題が「その子自身のなかにある」ことになる、と著者は指摘する。実際には、それは「世の中のせい」なのだ。家庭や学校、地域における「大人が決めた正しさの枠」、合理的に説明できない「規則」、自発的に参加すべき活動への「強制」、性にかんする教育がないうえに「男女の決めつけ」が根強いことなど。

こうした苦しみの〈理由〉を一つひとついねいに取り上げ、管理的な社会や学校の価値観、ジェンダー規範やホモソーシャルによる「性的な加害性」、虐待やいじめによる被害者への影響など、子どもを苦しめるものの〈正体〉を明らかにしていく本書は、子ども



思春期のしんどさって なんだろう？

あなたと考えたいあなたを苦しめる社会の問題

鴻巣麻里香著

平凡社

定価 1760 円（税込）

に寄り添うサポーターティブな内容であるだけでなく、ソーシャルワークの視点を子どもと共有するものでもある。ソーシャルワークは社会を変え、社会とつながる学問である。SSW である著者から子どもに届けられた視点は、子どもの成長と回復につながるだろう。これは新しい支援のアプローチといえる。それは、いじめや不登校、虐待、ヤングケアラーといった問題に対する「かわいそう」「えらい」といった大人や社会のまなざしこそが子どもの自尊心を傷つけ、子どもを追いつめると指摘し、一貫して子どもの権利の観点から「世の中の仕組み」を問い続ける姿勢にも表れている。

「世の中のせいにしてもなにも変わらない」と、大人は子どもに教え諭す。しかし、著者は「世の中のせい」にしないと世の中を変えることはできない、と反論する。そして、そんな世の中を変えていきたい、と。まさに変えるべきは「世の中」であり、変わるべきは「大人」にほかならない。

「なにも変わらない」という大人の無力感を掘り下げれば、かつて思春期を生きわたしたちもまた「世の中の仕組み」に傷つけられてきたと認識せざるを得ない。「なにも変わらない」とあきらめてしまったことで、暴力やジェンダー不平等、自己犠牲といった社会の問題を次世代に持ち越してしまった。

子どもとの対話形式でつづられる本書は、子どもの立場にたちながら、子どもの権利についてわかりやすく説明されており、幅広い年齢の子どもに読まれてほしい。同時に、これは大人社会への痛烈な異議申し立てであり、まさに大人が読むべき本である。わたし自身、子どもに押しつけている「決まりごと」に慣れすぎて鈍感になっていたことに気づかされた。そして、かつて思春期を生きわたしたの苦しみが癒されていくようにも感じられた。苦しみの〈理由〉を知ることは、年齢を問わず、エンパワメントにつながるはずだ。

（大阪大学大学院教授 野坂祐子）



SEE 性教育アカデミー2023

SEE (Sexuality Education & Empowerment) 主催
JASE (日本性教育協会) 協賛

性問題行動のある人のSST ～当事者のニーズを偏見なく把握するために～

【日 時】2023年9月3日(日)10:30から17:00 (受付10:10から)

【会 場】エバークリーンシティ・寺岡13階パーティールーム

(〒981-3204 宮城県仙台市泉区寺岡1丁目25-1)

【参加費】10,000円(ランチ代込み)

対面研修
定員 12名

SEE性教育アカデミーは、支援者自身の価値や態度に気づく体験型ワークショップを行っています。

昨年度の安全な関係性づくりのための対話の手法(サークル)、性と対人関係に課題をもつ当事者の回復支援にも有益なSST(ソーシャルスキルトレーニング)に続き、今回は「性問題行動のある人を対象にしたSST」をテーマとし、支援や教育を行う上で偏見を少なく、当事者のニーズを把握するための関係性スキルを学びます。

前田ケイ先生からSSTのスピリットを学ぶ貴重な機会。少人数制で受講者同士の交流も深めます!

また、ワークショップ終了後、前田ケイ先生を囲み懇談会を開催いたします。お時間のある方は是非お申込みいただき、ご参加ください。
(懇親会費:5500円、peatixにてお申込み下さい)

スケジュール

| | |
|-------------|---------------------------|
| 10:10-10:30 | 受付 |
| 10:30-12:00 | SSTを体験しよう(前田) |
| 12:00-12:30 | 質疑・SST体験のわかちあい |
| 12:30-13:30 | 交流会 (歓談しながらランチタイム) |
| 13:30-15:00 | 性問題行動のある人のSST(前田) |
| 15:00-15:15 | 休憩 |
| 15:15-16:20 | 参加者同士の対話 (藤岡、補助:野坂・吉田) |
| 16:20-16:50 | わかちあい |
| 16:50-17:00 | 閉会 |

申し込み方法 (要事前予約)

Peatixでクレジット払い

<https://seesstsendai.peatix.com>

をPeatixで検索し、申し込みと支払いを完了してください。

銀行振り込み等のお問い合わせは下記のメールまで
kansaishy@gmail.com

講師プロフィール

講師:前田 ケイ

ルーテル学院大学名誉教授、SST普及協会SST認定講師及び顧問。ハワイ大学社会学部社会学科卒業、BA。コロンビア大学ソーシャルワーク大学院修士課程卒業、MS。1983年より心理劇を学ぶ。1988年より東京大学附属病院精神神経科デイホスピタルにおいてSSTの日本への導入に尽力、日本各地での精神科患者のリハビリのためにSSTが活用されるように取り組まれている。また、更生保護事業でのSSTの実践にも関わり、保護司など、支援者の養成にもあたっている。

ファシリテーター:藤岡 淳子

大阪大学大学院名誉教授、臨床心理士/公認心理師。児童相談所、児童自立支援施設、刑務所等で、非行や犯罪行動のある少年と成人の教育プログラムの実施およびスーパーバイズを行う。一般社団法人もふもふネット代表理事。



9 / 9 (土)
10:00~16:30

前号(2023年7月15日発行)では
9月10日(日)と告知しましたが、
9月9日(土)に変更になりました。

第14回世界性の健康デー記念イベント 2023 in 東京 東京性教育研修セミナー 2023 夏

CONSENT / 同意

「世界性の健康デー」は、2010年から性の健康世界学会(WAS)が提唱しているメモリアルデー。毎年9月4日を「世界性の健康デー」と定め、性の健康と権利について考え推進していく日、とされています。世界中のWAS会員が趣向を凝らした様々な取り組みを行います。2010年の第1回から参加している東京大会は今年、4年ぶりに会場開催を予定しています。2023年の世界共通テーマである「CONSENT / 同意」をテーマに3つのセッションでみなさんをお待ちしています。

プログラム

- 10:00 開場
- 10:30~12:00 **セッション①**「性教育の中で同意をどう伝えるか？」
ギリシャで性教育の活動を実践する Margarita Gerouki 氏による30分のビデオ講義「性教育の中で同意をどう伝えるか」(※日本語字幕あり)を視聴したうえで、参加者同士で「同意とは何か」「性教育の中で同意をどう伝えるか」について話し合うワークショップです。
- 12:00~13:00 昼休憩
- 13:00~14:30 **セッション②**「“権利”という難しそうなのが少し分かるかもしれないワークショップ」
性教育に取り組む際によく見かける「権利」という言葉。目にも見えない、手でも触れないものなので、「大事なことは分かるけど、なぜ大事なの?」「そもそも権利ってどういうこと?」なんていう疑問を感じることもあります。「権利」について参加者みんなで考えて理解を深めたいと思います。
- 14:30~15:00 休憩
- 15:00~16:00 **セッション③**「私が見た世界の“同意”事情」
#なんでないのプロジェクト代表・福田和子氏の講演。海外経験の中で見聞きし体験した“同意”について、福田さんの言葉で語っていただきます。
- 16:30 閉会
★性の健康に関する団体の活動紹介ブースも複数出展予定です。休憩時間に自由に見学してください。

会場 STUDIO M Ikebukuro Tokyo

東京都豊島区池袋2-53-3 スクエア 21-1 階 (<https://mstudio-ikebukuro.com/access/>)

最寄駅: JR/ 私鉄各線 池袋駅 C6 出口から徒歩5分

↓会場案内



申込み・問合せ先等

参加費: 一般 2,000 円、学生 1,000 円 (学生証の提示必須)

※ 18 歳未満の入場は保護者同伴にてお願いします

主催: 世界性の健康デー東京大会実行委員会

協賛: 日本性教育協会

申込先: 事前申し込み制

詳しくは、<https://sexualhealth-initiative.org/wshdtokyo2023>

↓参加申込み





9月15日(金)～17日(日)



日本性機能学会第33回学術総会／第31回日本性機能学会西部総会

性機能を今一度せんたくいたし申候

主な内容

- 特別講演1 「男性機能の『真実』」 永井 敦 (川崎医科大学附属病院管理部)
- 特別講演2 「ジェンダーギャップを性愛の視点から考える」 森林 原人 (株式会社 TREECUBE 俳優、映像制作)
- 特別報告 「性機能障害の全国実態調査に関する報告」 辻村 晃 (順天堂大学医学部附属浦安病院泌尿器科)
- シンポジウム1 「基礎研究最前線」
- シンポジウム2 「性教育」
- シンポジウム3 「泌尿器科手術と性機能」
- シンポジウム4 「がんサバイバーの性機能と QOL」
- シンポジウム5 「セクシュアリティと健康」
- シンポジウム6 「女性性機能最前線！」
- シンポジウム7 「コメディカルとともに取り組む性機能障害」ほか

会場 高知県立県民文化ホール (高知県高知市本町4丁目3-30)

問合せ等

参加費：医師／15,000円 コメディカル・初期研修医／5,000円 学生／無料 (大学院生を除く)

※参加受付は会期当日現地のみ (現金でのお支払い)

運営事務局：日本コンベンションサービス株式会社神戸支社内

<https://site.convention.co.jp/33jssm/> E-Mail: jssm33@convention.co.jp

学術総会事務局：高知大学医学部 薬理学講座



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】 しばらくの間、月～金曜日 11:00～17:00

【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。

<https://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。

https://opac.jp.net/Opac/search.htm?s=NS1JEYq24WsoCGy_N7GNQ_WQaeg

↓ 資料検索



すぐ授業に使える

性教育実践資料集

中学校改訂版

〈主な内容〉

- 第1章 中学校における性教育（性教育を実践するにあたって／性教育の目的と意義）
- 第2章 性教育の実践（性教育の現状と実践の課題／学習指導要領における性教育の取り扱い／性教育の指導体制／指導計画の作成／性教育実施上の留意点／家庭・地域との連携／中学校の性教育の今後に向けて）
- 第3章 指導事例（各学年における指導計画と指導の流れ／8つの1年生の指導事例／6つの2年生の指導事例／6つの3年生の指導事例／7つの個別指導事例／5つの組織の指導事例）
- 第4章 参考資料（性行動経験率／性的なことへの関心割合／自慰経験率／性的関心の経験割合の推移／性へのイメージ／性感染症報告数の推移／梅毒患者報告数の推移／HIV・エイズ感染者の動向／人工妊娠中絶実施率及び推移／用語解説）



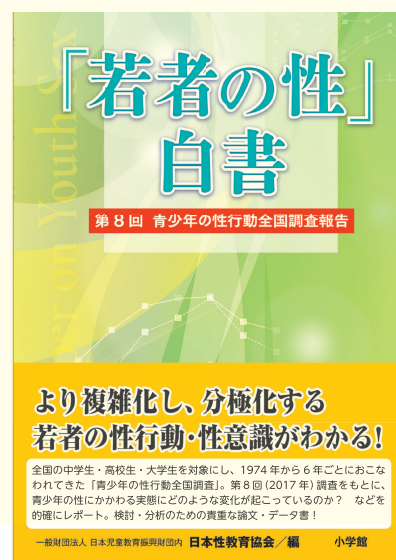
定価 2,200 円（税込） B5 判・224 ページ

「若者の性」白書

第8回 青少年の性行動全国調査報告

〈主な内容〉

- 序章 第8回「青少年の性行動全国調査」の概要
- 第1章 変化する性行動の発達プロセスと青少年層の分極化
- 第2章 青少年の性規範・性意識からみる分極化現象
- 第3章 家庭環境や親子のかかわりの違いは青少年の性行動に影響を与えるか
- 第4章 知識・態度・行動の観点からみた性教育の現状と今後の課題
- 第5章 青少年の性行動と所属集団の性行動規範
- 第6章 青少年の避妊行動の実態と包括的性教育の可能性
- 第7章 性的被害と親密性からの／への逃避
- 第8章 青少年の性についての悩み
～自由記述欄への回答からみえるもの～



定価 2,420 円（税込） A5 判・256 ページ

編／一般財団法人日本児童教育振興財団内 日本性教育協会 発行／小学館

全国の書店にて、ご購入いただけます！