

性の自己決定に果たす性教育 —— 避妊教育をテーマとして ——

The Effect of Sex Education on Personal Decision Making in Sexual Matters
— Contraception Education as a Theme —

今 野 洋 子

Yoko IMANO

本報告に関する経緯

本報告は、北海道浅井学園大学短期大学部の平成13年度の特別研究費助成を受けて行われた性教育に関する研究の報告である。日本の性教育とオーストラリアのセクシュアリティ教育との比較研究を基軸とし、2001年8月18日から24日まで、オーストラリア（クィーンズランド）のゴールドコースト市内にあるFPQ（Family Planning Queensland）で研修した内容を含め、性の自己決定に果たす性教育について報告する。また、2000年9月20日に、網走管内養護教員研究大会第二講座で、本稿の内容の一部について発表を行った。

なお、ゴールドコースト市での研修に関し、コーディネートしてくださったSharyn Maskellさん、現地案内のJan Rickardさん、現地通訳のAtuyo Sadlerさん、FPQのShona Chartersさん、特段のご配慮をいただいた副市長のAlan Rickardさんとそのご家族に深く感謝申し上げたい。

抄 録

現在、日本の性教育は、10代の望まない妊娠と中絶率の増加の問題等を解決できずにいる。一方、オーストラリアのセクシュアリティ教育は、斬新で効果的な教育として、世界的に注目されている。本稿は、セクシュアリティ教育の中の「避妊教育の展開」に着目し、日本の性教育との比較検討を試み、問題解決のための日本の性教育の方向性について考察する。

現在、日本の性教育では生命の誕生に関わることが多いが、子どもの心理的発達や子どもの視点を無視した性教育となっている。また、青少年の性行動や性意識の実態をみると、避妊について教えないことは実態と乖離した教育といえる。性に関する全てのことがらが、その子どものものであり、その子どもが培っていくべきものである。子どもが性と生について考え、自己決定するための教育の展開について、セクシュアリティ教育に学ぶ意義は大きい。特に、「避妊教育」は、子どもが自己のセクシュアリティについて考え、選択し、自己決定していく過程を必要とする。

子どもの生きる力に期待しつつ、おとなとしての価値観を押しつけることなく、子どもが主体的に考え選択できる能力を持てるような教育を、避妊教育を含め推進していきたい。

【キーワード：自己決定、避妊教育、セクシュアリティ、選択】

I はじめに

人間の歴史において、長い間、「人間の性」は教育や学問の対象として扱われることがなかった。

古代から中世においては、「人間の性」はその時代の権力者が管理するものであり、近代化に従い、男性（家父長や夫）が管理するものという状態を経て、現代は、「人間の性」は個人に属するものであり、「人権のひとつ」として考えられるようになった。これは、日本だけではなく他の国も同様であり、「人間の性」は、民主主義や人権意識の高まりとともに変化し、広がりを見せていると考えることができる。

なお、「人間の性」と表現したが、この「人間の性」とは「性と生」であり「セクシュアリティ」と同義である。

さて、日本では、「性教育元年」と呼ばれた1990年以来、性教育は10年以上に及ぶ研究の歴史を重ねている。しかし、その効果は十分とはいえない状況にある。10代の望まない妊娠と中絶率の増加・HIV感染を含む性感染症の増加・依然として多い売買春の問題という現状の日本は、先進国の中で異色の存在となっている。一方、オーストラリアは、10代の望まない妊娠や中絶の減少、HIV感染を含む性感染症の減少に成功した国のひとつである。現在、オーストラリアのセクシュアリティ教育^{1)~6)}は斬新で効果的な教育として、世界的に注目されている。

本稿では、このセクシュアリティ教育の中の「避妊教育の展開」に着目し、日本の性教育との比較検討を試み、現代日本の「性」に関する問題の解決の方向性について考察する。

II 現代日本の性教育の問題点

1. 誰のための性か、何のための性教育か

日本における性教育の内容を見ると、「妊娠・出産」という生命の誕生に関わるが多い。子どもは、自分自身がまだ小さい子どもである小学生の低学年の段階から、「子宮は、あかちゃんが育つところ」「膣は、あかちゃんの通り道」というように生殖のための性を教えられる。二次性徴についても、その変化は「生殖のための性」に向かって変化することとして教えられる。特に、月経は「おかあさんになるための準備」として教えられ、「産む」性であることが強調されている。

現行学習指導要領の中では「性交」について、触れることはない。しかし、「受精」と「生命誕生」について取り上げることで、「生殖の性」が教えられている。この「生殖の性」も狭く限定したものであって、多様な性について触れられることはない。

「おとうさんの精子」と「おかあさんの卵子」が会って、「あかちゃん」が誕生するというパターンの教育では、性行為は、異性愛指向のおとな（おかあさん・おとうさん）にのみ許される行為である。たしかに、生殖や生命誕生は大切であるが、これから長い人生を生きてい

く子どもが学ぶことがたったひとつの生殖の性だけでいいのであろうか。

この他にも、「中絶は殺人と同義であり罪悪」「AIDSを含む性感染症になったらどうする」「避妊ピルは副作用が強い」と偏った情報を、これまでの性教育は提供してきた。

これまでの日本で展開されてきた性教育の目標は、「子どもたちが性行為をすることがないように」ということなのであろうか。

性器は、その子どものからだの一部である。まぎれもないその子ども自身である。同様に、性行動も性意識も、その子どものものであり、その子どもが培っていくべきものである。その子どもが自分自身のからだや心に関する性的変化について理解することや、自分の性衝動をどう管理し、自分がどのように性と生について考え決定していくか、その全ての決定権は、その子どもにある。性の自己決定ができるよう、性教育を展開しなければならないのではないだろうか。

これまで、子ども自身が性について考え自己決定するための基本的な情報を教えることが、性教育の中でなおざりにされてきたが、このような教育方法や情報提供の仕方では、子どもは「性行為は危険を伴うもの」といった考えしか持つことができないし、自らの性についての肯定感は育て難いであろう。

人間は、基本的な生活習慣、交通安全、けがの予防などについて、ほんの小さな子どもの頃から学び始める。人間は学ぶことによって、自分の人生を豊かに構築していくことができる。これらのことと同様に、性について、セクシュアリティについて学ぶことが、その人生を守り美しく豊かにするものであるという視点で性教育を展開する必要がある。

2. 子どもの視点に立った性教育

小学生にとって、「自分がどのようにこの世に生まれたか」「どうやって精子と卵子が出会うのか」など、生命誕生や生殖に関する興味関心は大きい。生命誕生や生殖について学ぶことは欠かせないことである。

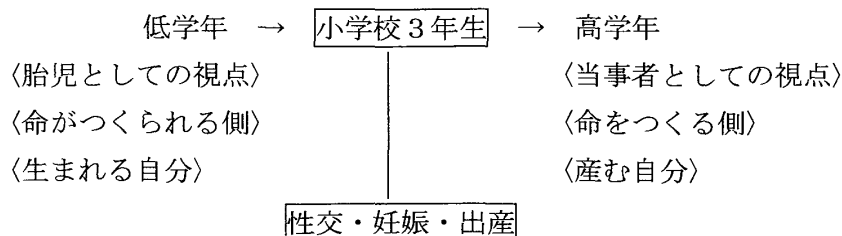
しかし、前項でも述べたように、自分自身がまだ小さい子どもである小学生の低学年の段階から、「子宮は、あかちゃんが育つところ」「膣は、あかちゃんの通り道」というように教えることや、子ども自身のからだの変化である二次性徴の問題について、「おかあさん（あるいはおとうさん）になるための準備」であり、「産む」ことを前提に学習させることは、人間の、特に、女性のセクシュアリティ(性と生)を限定することになるのではないだろうか。

また、学習指導要領では、「性交」について教えることが記されていないため、いつ誰とどのように性交を持つのがよいのか、十分考えることができないし、生殖を回避するための避妊についても、系統的・科学的に子どもたちが学ぶ機会は極めて少ない。

子どもの視点から性教育を考えると、性について学ぶ子どもたちの心理状況は、図1に示されるように、「小学校3年生」までの時期には、子どもは自分が「産む」立場になって性交や妊娠・出産、性交をすることがない。「生まれる自分」や「生まれた自分」が意識の中心である。しかし、「小学校4年生」以降になると、性交や妊娠・出産についての学習を、行為の当事者として考え、意識し始めるようになる。このように、小学校3年までにあかちゃんの誕生にふ

れ、小学校4年生以降は、「月経・射精・性器」などの構造や機能を中核として、二次性徴について教えるのがよいことは、多くの性教育の研究者達に指摘されていることがらである。⁷⁾⁸⁾

図1 性を学ぶ子どもの視点



これらのことを踏まえ、まず、早い時期に性交について教えておくことを実施するべきである。小学3年生までに性交についての学習をしておくこと、避妊に関する学習も系統的に進めていくことができる。

なお、オーストラリアのクィーンズランド州では、避妊教育の系統的展開に関して、1999年度より高等学校の生徒に具体的な避妊方法を含め、避妊教育をすることがセクシュアリティ教育の指導課程に示されている⁹⁾。

また、小学校からの系統的な指導内容についてまとめると、以下のようになる。

表1 系統的指導内容（クィーンズランド州）

学年（年齢）	指導内容
4年生 (9～10歳)	○生殖機能について教える際、「妊娠しないための方法がある」ことに触れる *具体的な避妊方法の提示(避妊具を見せる等)はしない。 ○子どもから、避妊に関する具体的な質問がある時は、その質問に答える。
8年生 (13～14歳)	○避妊に関する知識を教える。 ○「避妊をする」「避妊をしない」ということの決定権は、自分が持っているということにも触れる。 ○コンドームを見せる等、具体的な避妊方法の提示を行う。 *使用方法を具体的に教えることについては、家庭教育に委ねている。
10年生 (15～16歳)	○夏休みのキャンプの時に、学校外のリラックスしたムードの中で、男性教師が男子対象に性についての教育を行う。 ○具体的な避妊の方法についても教える。
10年生～12年生 (15～18歳)	○具体的な避妊方法を含め、避妊について教える。 ○避妊に関しての相談できる場所や専門家等の紹介も行う。 ○セクシュアリティについて討議させながら避妊について考えさせる。

この中で、避妊について学習を始める時期が4年生となっているが、これは、性の学習を進める上で妥当であると考えられる。先に述べたように、小学校3年生までの「産まれる側としての視点」と小学校4年生以降の「産む当事者としての視点」を基本として、性教育を構築すべきだからである。4年生以降は、生殖に関する理解を深めるとともに、「妊娠しない方法がある」という認識を持つこ

とは、命を生み出す当事者として重要なことであろう。

また、8年生の学習の中で、「避妊をする」「避妊をしない」ということの「決定権は自分が持っている」ということを知らせることは、性の自己決定を促すための教育として欠かせないことである。

そして、10年生の「男子対象の教育」に着目したい。日本では、女子対象の性教育についての研究は多いが、男子対象の性教育の研究はあまり進んでいない。しかし、避妊は、あくまでカップルで考え選択すべき問題であり、お互いに話し合える関係づくりが大切である。この点で、男子へのアプローチは重要である。

3. 専門家による教育

オーストラリアでは、積極的に「専門家による教育」が取り入れられている。現在、日本でも、専門家による講座等が取り入れられつつあるが、特に、性について、専門家からの教育を受けることは、子どもが自己決定していくための基礎となる科学的で正しい情報を取り入れることになる点で有益である。

FPQでは、専門家達が推薦する図書も充実しており、子ども向けの本・保護者向けの本が取り揃えられている。子ども向けの本は、生命の誕生について科学的に述べているもの、包茎等含め、性器の個人差についても図解で説明しているもの、赤ん坊の抱き方等にも触れているもの、二次性徴・性交・避妊について触れている思春期向けのもの、教科書としてよく用いられている科学的な説明と詳細な図解の入ったもの等、さまざまである。親向けの本も低学年向けの本に合わせたもの、思春期の子どもの成長に対応できるものなど、子どもの発達段階に応じて、親もともに学ぶことができるよう図書環境も整備されている。簡単な説明の入ったパンフレットも、数十種類あり、いずれも無料で配布されている。

後述する授業展開も含め、クィーンズランド州におけるFPQの働きはめざましいものがある。日本でもこのような教育専門機関を活用すべきである。性に関することがらは、親や教師に相談しにくい場合が多く、友人からの情報では正確でない場合が多い。特に、避妊に関しては、誤った知識が氾濫しているといってもいいだろう。このような実態を踏まえ、地域にFPQのような機関を置くことで、性に関する多くの問題を解決できるのではないか。

子どもの視点に立ち、子どもの発達段階に応じて理解しやすい教育内容の展開と、子どもが利用しやすい教育機関の活用が、現在の日本の性教育に必要とされている。

Ⅲ 避妊教育に関する国際的動向と日本の諸問題

1. リプロダクティブ・ヘルス／ライツをめぐる国際的動向

避妊教育に関して、現在、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の考えがその基盤となっている。1994年、カイロで開催された第三回国際人口・開発会議において、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ (reproductive health/right : 性と生殖に関する健康・権利) の保証」が合意された。

世界各国において、中絶に関する法律は多様であり、完全に認めない国もあれば、女性の意思に従って認められる国もある。法律上の問題ばかりでなく、医療設備の不足や政情不安とい

う危機的状況にさらされ医療を十分に受けられない、教育や情報が不十分なために避妊を選択することができないという現実的な問題もある。このような問題が、カイロ会議の主要なテーマとして討議され、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」が世界で共通に認識されるようになった（表2参照）。

表2 リプロダクティブ・ヘルス／ライツの定義

男女が満ち足りたセックスライフを送り、望んだときに望んだ数の子どもを産むことは、重要な健康問題である。

- リプロダクティブ・ヘルス：男女が性(sexuality)および生殖(reproduction)に関して、身体的・精神的・社会的に良好な状態(well-being)であることを意味する。
 - (1) 満ち足りたセックスライフを送ることができる。
 - (2) 子どもを産み育てる。
 - (3) いつ何人子どもを産むかを自由に決めることが含まれる。
- 1968年テヘラン宣言：「子どもの数および子どもを持つ期待を責任をもって自由に決めるのは、両親の権利である」
- リプロダクティブ・ライツ：1994年9月、カイロで行われた国際人口開発会議で、リプロダクティブ・ヘルスを維持することが基本的人権であると宣言された。署名した政府は、2015年までにリプロダクティブ・ヘルスケアを実現することに合意した。日本政府は署名184国・地域の一つである。
- リプロダクティブ・ヘルスに関わる患者の権利を、国際家族計画連盟（IPPF）は次のように定めている。
 1. 情報を得る権利：すべての個人は、避妊・性感染症予防・セクシュアリティなどのリプロダクティブ・ヘルスに関する情報を得る権利を有する。
 2. 避妊法を入手する権利：すべての人は、その社会的地位を経済状態、宗教、政治思想、結婚関係のいかんにかかわらず、家族計画のサービスを受ける権利を有する。
 3. 選択の権利：個人とカップルは、家族計画を行うかどうかを決める権利を有する。避妊することを決めた場合には、避妊法を選択する権利、他の方法に変える権利、止める権利を有する。政府や民間機関は、避妊サービスの選択肢が増えることを妨げてはならない。
 4. 安全性を確保する権利：患者は安全な避妊法を選ぶ権利を有する。避妊が健康に有益であることはよく知られているが、患者が必要と思うときは、身体的・精神的なリスクを避けるための手段を講じる権利がある。予定外の妊娠は健康を害することがあることにかんがみ、この安全性の権利は、効果の高い方法を選択する権利を含む。
 5. プライバシーの権利：患者は安心して話せる環境のもとで、自分の問題や心配ごとについて相談する権利を有する。診察にあたっては患者の身体的プライバシーが尊重されなければならない。
 6. 個人の秘密が保たれる権利：患者は自分が提供した情報や検査の詳細、本人の同意なく第三者にもらされない権利を有する。
 7. 尊厳を譲る権利：患者はその教育レベルや社会的地位などにかかわらず、個人の尊厳を最大限尊重され、礼儀正しく、思いやりをもって扱われる権利を有する。
 8. 快適さを得る権利：患者は快適な環境サービスを受ける権利を持つ。
 9. 断続性を確保する権利：患者が必要とする限り、種々のサービスや避妊法を提供される権利を持つ。
 10. 意見を言う権利：患者は提供されるサービスに関して、自分の意見を述べる権利を有する。

出所：セクシュアリティの看護 1998

カイロ会議では、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ確立をめざし、近代的家族計画を普及させる」という行動計画が採択された。このことは、日本においても反映され、「国連の国際人口・開発会議で採択された行動計画を踏まえ、リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（性と

生殖に関する健康・権利) について, その正しい知識の普及に努めるとともに, きめ細かな相談・指導体制の整備を図ること。またその調査研究をさらに推進すること」が優生保護法一部改正に関する附帯事項として採択されている。

また, 「思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの問題への取り組みが必要であり, そのためのサービス(性教育での取り組み)が必要である」という提言等がなされた。

2. 世界の避妊の実態

避妊の実態について, 世界的に見ると, 避妊法や実行率はさまざまである(表3参照)。発

表3 主要国の避妊方法別割合

国(年次)	不妊手術 (女)(男)	ピル	IUD	コンドーム	オギノ式	性交中絶	その他
エジプト(1984)	5 0	56	28	4	2	1	3
ケニヤ(1984)	15 0	18	18	2	22	4	27
ナイジェリア(1981-82)	1 0	5	1	0	6	2	85
チュニジア(1983)	30 0	13	32	3	11	4	7
カナダ(1984)	42 18	15	8	11	3	1	3
メキシコ(1987)	35 2	18	20	4		21	
アメリカ合衆国(1982)	26 15	20	7	14	5	2	11
ブラジル(1986)	41 1	38	2	3	7	8	2
コロンビア(1986)	28 1	25	17	3	9	9	9
ペルー(1986)	14 0	14	16	2	39	8	8
バングラデシュ(1985)	31 6	20	6	7	15	4	12
中国(1985)	36 12	7	41	3		2	
インド(1980)	63	3	1	12		20	
インドネシア(1987)	6 0	34	28	3		29	
韓国(1985)	45 13	6	11	10		16	
ネパール(1986)	45 41	6	1	4	0	0	4
パキスタン(1984)	29 0	16	9	22	1	9	13
フィリピン(1986)	24 1	14	8	5	3	19	21
シンガポール(1982)	30 1	16	—	33		21	
スリランカ(1987)	40 8	7	3	3	24	5	9
タイ(1987)	33 8	30	11	2	1	1	14
トルコ(1983)	2 0	15	15	8	2	49	9
オーストラリア(1981/82)	1 0	56	12	6	12	8	6
ベルギー(1982/83)	21	39	10	8	5	16	0
ブルガリア(1976)	1 1	3	2	3	5	79	8
デンマーク(1975)		35	14	39	1	2	10
フィンランド(1977)	5 1	14	36	40	1	3	1
フランス(1978)	5 —	34	13	8	9	29	2
西ドイツ(1985)	13 3	43	19	7	5	5	4
ハンガリー(1986)	— —	54	25	5	3	11	1
イタリア(1979)	1 —	18	3	17	11	46	4
オランダ(1985)	7 12	55	12	9	2	1	1
ノルウェー(1977)	6 3	18	39	23	4	5	3
ポーランド(1977)	— —	10	2	19	41	25	4
ポルトガル(1988)	1 0	29	5	8	6	39	11
ルーマニア(1978)	— —	1	—	6	41	44	8
スペイン(1985)	7 1	26	10	21	6	27	4
スウェーデン(1981)	4	30	26	32		9	
スイス(1980)	22	39	15	12	6	2	4
イングランド・ウェールズ(1975)	17	39	8	24	1	7	8
ユーゴスラビア(1976)	— —	9	3	4	8	65	11
日本(1992)	5 1.2		6.2	75.3	16.5	9.8	2.2

出所: United Nations, Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed 1988等

達途上国での主な避妊法は「不妊手術」と「IUD」で全体の半数を超えているが、先進国では、ピル・コンドーム・その他を含め、避妊法の選択の幅が広い。

また、諸外国の年代別避妊の選択パターンについて、性行動に合わせて年代とともに避妊方法を選んでいることが報告されている。中・高校生のころは、二人の性のコミュニケーションがうまくはかれず、避妊について話せないが、性交の回数は多いので、この場合、避妊ピルを選択する。出産後性交の回数が減り、毎日飲むピルの手間を省きたいときはIUDを選択、もう妊娠を望まない場合は不妊手術を選択する等である。

さまざまな避妊法の内、コンドームの占める割合に注目すると、全世界の中で、日本は75.3%と著しく高く、避妊法の約8割を占めている。世界で消費されるコンドームの内、5分の1が日本で消費されているともいわれている。このように、日本の避妊法がコンドームに集中している原因のひとつは、長い間、低用量ピルの使用が認められなかったことにあるだろう。

しかしながら、1999年9月、日本でも低用量ピルが発売され、長期間使用可能な銅付加IUDも認可されるようになり（ただし、発売はまだである）、2000年7月には女性用コンドームが発売された。また、2001年になってからメンフェゴール（天然成分から作られた）殺精子剤配合のコンドームが発売されるようになった。このように、確実性の高い避妊法が日本国内でも可能となっているにもかかわらず、避妊の選択肢としては普及していないのが現状である。

現代は、確実に妊娠を避け、二人のコミュニケーションをより深める関係を築き、自分の性行動に合った避妊が選べる時代¹⁰⁾である。しかしながら、日本では、コンドームというひとつの方法に偏っており、避妊に関しては、途上国同様の状態である。

3. 避妊教育をめぐる現代日本の諸問題

3-1. 少子高齢化の影響

現代日本の特色として、「少子高齢化」傾向があげられる。

日本女性が、生涯の間に子どもを産む数は年々減少する一方である（表4参照）。一方、日本の男女ともに寿命が延びており、日本は、世界で最も長寿の国となっている（表5参照）。

この「少子高齢化」現象は、経済的・社会的・文化的な分野にわたり、現代日本に生きる人々に影響を及ぼしている。「性」に関しても、同様である。「日本人が自らの性器官を『生殖器』として、子どもの出産にかかわった使い方をするのは『平均1.5回』程である。『生殖器』でなく『性器』として使われるのは、数えきれないほどの膨大な数字になるであろう¹¹⁾」と、述べるのは、同志社中学校で性教育を展開している小田切明德氏である。

長い間、性は生殖と密接に結びつけられて語られ、教え込まれてきたが、80年以上の人生の中で1人か2人の子どもしか産まない「少子高齢化」時代においては、生殖の性だけではない「性」を捉え直し、構築することが必要になっている。同時に、「少子高齢化」の中で、避妊を学ぶことの必要性はますます高まっているといえるだろう。

表4 合計出生率の国際比較

	1970年	'75	'80	'85	'89	'90	'91	'92	'93
日本	2.13	1.91	1.75	1.76	1.57	1.54	1.53	1.50	1.46
アメリカ	2.48	1.77	1.84	1.84	2.01	2.08	2.07	2.07	...
スウェーデン	1.94	1.78	1.68	1.73	2.02	2.14	*2.11	2.09	2.00
イギリス	2.45	1.81	1.89	1.79	1.79	1.83	1.82	1.79	...
フランス	2.48	1.93	1.95	1.81	1.79	1.78	1.77	1.73	1.65
旧西ドイツ	2.02	1.45	1.45	1.28	1.40	1.45	1.42	×1.40	×1.39
イタリア	2.43	2.21	1.69	1.41	×1.33	×1.29	×1.26	1.25	...

注：*暫定値 ×推計値

出所：厚生省「人口動態統計」等

表5 平均寿命の国際比較

	男		女		
1位	日本	76.57	日本	82.98	(歳)
2位	アイスランド	75.74	フランス	80.94	
3位	スウェーデン	75.35	スイス	80.9	
欧米諸国の例	スイス	74.1	アイスランド	80.89	
	イングランド・ウェールズ	73.2	スウェーデン	80.79	
	フランス	72.75	アメリカ合衆国	79.1	
	ドイツ連邦共和国	72.55	ドイツ連邦共和国	78.98	
	アメリカ合衆国	72.3	イングランド・ウェールズ	78.7	

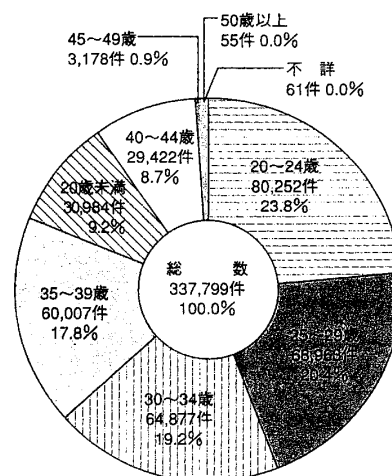
出所：U.N. "Demographic Year book" 等

3-2 日本における人工妊娠中絶の実態

日本における人工妊娠中絶件数は、年間約35万件である。(これは、厚生省への届出数であり、実数はこの2倍とも3倍ともいわれている。)この統計上の数値から考えるだけでも、日本の中で、毎年約70万人の男女が望まない妊娠に関わり、人工妊娠中絶を余儀なくされているという状況に着目すべきである。

年齢別に見ると、30歳以上の女性の中絶件数が全体の46.6パーセントを占めている(表6参照)。日本女性の平均最終出産年齢は、約30歳といわれている現在、中絶の半数が産み終えた後に起きているといえよう。つまり、現代日本においては、年齢的にも「おとな」であり、社会的にも結婚年数を経過した既婚者でありながら、望まない妊娠を避けるための取り組みがなされていないという実態が明らかとなる。避妊に対する知識も、避妊具を買う経済的余裕もあると考えられる30代以上の日本人が、なぜ、避妊のための取り組みを行わないのであろうか。いずれにせよ、人口妊娠中絶は、日本女性にとっては少数者に起きることがらではなく、その生涯の中で多くの人々に起きている実態を踏まえ、避妊教育について具体的に

表6 年齢階級別人口妊娠中絶件数及び構成割合(1997年)

出所：厚生省大臣官房統計情報部
「平成9年母体保護統計報告」

検討していく必要がある。

3-3. 日本の子どもの性行動の実態

日本の子どもたちの実態（表7・表8参照）を「1999年版児童・生徒の性」¹²⁾に見ると、高校3年女子の性交体験率は39.0%、中学3年女子の性交体験率は8%である。性交体験者は、年々若年化傾向にあり、特に女子の性交体験者は低年齢化していることがわかる。

表7 1999年、高3の性交経験率の累積

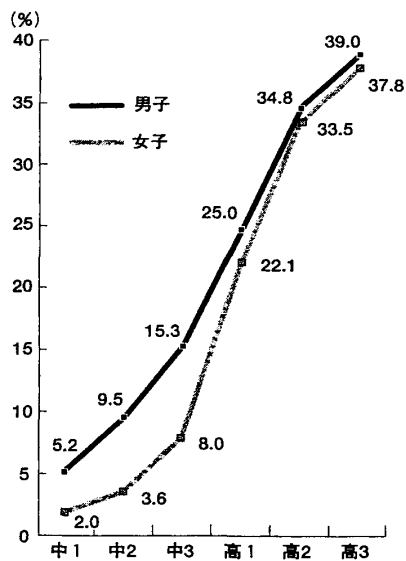


表8 性交経験率累積の年次推移

学年	性	年					
		'84	'87	'90	'93	'96	'99
高3	男	22.0	27.7	20.7	27.3	28.6	37.8
	女	12.2	18.5	17.1	22.3	34.0	39.0
高2	男	18.4	24.2	13.1	13.9	16.5	33.5
	女	8.7	12.7	9.4	12.7	28.1	34.8
高1	男	12.7	18.5	6.7	6.7	12.9	25.0
	女	4.9	6.6	5.4	7.9	16.6	22.1
中3	男	5.8	3.1	6.7	4.2	5.4	15.3
	女	3.4	3.8	3.4	4.8	6.3	8.0
中2	男	4.0	2.6	1.4	1.9	3.2	9.5
	女	1.2	1.6	0.4	1.9	2.9	3.6
中1	男	1.6	1.6	1.9	2.1	1.8	5.2
	女	1.1	0.8	1.8	0.9	0.8	2.0

表1～2 出所：1998東京都幼稚園小・中・高心障性教育研究会編「1999年調査児童・生徒の性」学校図書，1999年

一方、常に避妊をしている女子高校生の割合は23.3%である¹³⁾。女子中学生の避妊に関する調査報告はないが、おそらく、女子高校生よりも低い割合であろう。

現代日本において、避妊について教えない性教育は、現代の青少年の性行動や性意識の実態と乖離した教育といってよいだろう。

IV 避妊教育の基本事項

1. 「避妊教育」で扱うべき基本事項

避妊教育で扱うべき内容とは、第一に、各種避妊法の紹介と十分な情報提供であろう。

避妊法の理想の条件として、①確実な避妊ができる、②費用が安く、使い方が簡単で、長期間使用可能、④性感を損ねない、④副作用がない、妊娠することがあっても胎児に悪影響を及ぼさない、⑤元に戻せる¹⁴⁾、などが挙げられる。しかしながら、全ての条件を満たすような避妊法は存在しない。だからこそ、各々の避妊法についてそのメカニズムを知り、メリット・デメリットについて学んだ上で選択する能力が必要なのである。避妊の正しい情報を理解し、自分のセクシュアリティやライフスタイルを考える上で、どの避妊方法が適しているのかを考えなくてはならない。

第二に、「性感染症（STD）予防」が、避妊を学ぶことと「自分のからだや人生を尊重するため」という点で同義であることを踏まえ、避妊とともに性感染症予防について考えさせることが必要である。そのためには、避妊について教えるとともに、性感染症予防を目的にしたコンドーム使用について教えることである。現在、避妊のためにピルを飲んでいても、性感染症（STD）予防のためにはピルだけでなくコンドームも使用というダブル・ダッチ・メソッド^{#1}が進められている¹⁵⁾。自分のからだを管理する上で、避妊だけではなくからだの健康を総合的に考えることにより、自分のライフスタイルが確立できることを理解するべきである。

第三に、さらに、安全で確実な避妊を選択することで、セクシュアリティを楽しむことができることを学ばせることである。避妊の問題に主体的に取り組むことが、「自分の人生および相手の人生を豊かにする」ものであることを実感させることが大切である。

2. 避妊法の実際

各種の避妊法とそのメリット・デメリットについて、表9にまとめた。ただし、日本で多く利用されている方法だけではなく、日本で認可されていないものでも、諸外国で認可されている避妊法については掲載した。特に、オーストラリアのクィーンズランド州で認可され、避妊法の選択肢として紹介される方法について付記した。また、日本での実態について「日本」という欄を設け、印をつけた。

表9 各種避妊法の比較

避妊方法	メリット	デメリット	日本
男性用コンドーム 薄いゴムでできており、勃起した男性の性器にかぶせることで、精子が膣内に入るのを防ぐ方法。	<ul style="list-style-type: none"> 性感染症（STD）予防が可能 利用法が簡単 手軽に誰でも入手できる ワギナへ挿入する性交以外のオーラルセックスやアナルセックスの際にも使用が可能である 	<ul style="list-style-type: none"> 失敗率が高い（使用法の誤りが多い） ゴムアレルギーの者には使用できない 	◎
女性用コンドーム プラスチック素材で作られており、柔軟なリングが両端についている。一端を女性の外陰部に位置させ、もう一方のリングを膣に挿入する。	<ul style="list-style-type: none"> 性感染症（STD）予防が可能 利用法が簡単 手軽に誰でも入手できる 	<ul style="list-style-type: none"> 男性用コンドームに比べると3倍程度値段が高い 性交時の音がムードを損なう 避妊効果は男性コンドームより落ちる 	○
ピル（配合剤：COC） 女性ホルモンであるエストロゲンとプロゲステロンを投与することによって、「排卵が起こらない」「受精卵が着床しにくい」「精子が子宮にはいりにくくなる」という状態を作りだし、避妊する。	<ul style="list-style-type: none"> 避妊効果が極めて高い（毎日同じ時間帯に忘れずに飲み続けることで、100%に近い避妊効果が期待できる） 副作用として、月経周期が規則正しくなることや、貧血・良性乳房疾患・骨盤内感染症・子宮外妊娠・良性卵巣嚢腫・子宮体癌・卵巣癌などの予防ができる（避妊としてではなく、月経困難症や月経の治療薬として処方されることも多い） 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察等が必要（日本では、ピルは「要指示薬」であり、使用したい場合は、医師のところへ行かなくてはならない） 正しく服用する必要がある ピルを使用することのできない人もいる。 	○
ミニ・ピル（黄体ホルモン単味剤：POP） 少量のプロゲステロンのみを含むピルを飲み続けることにより、頸管粘液の性状を換えて、精子の挿入を困難させることで避妊する方法 ^{#1}	<ul style="list-style-type: none"> 避妊効果が極めて高い エストロゲンによる副作用がなく、ピル（COC）に比べて副作用が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 月経周期の異常がでることがある 医師のもとへ行かなくてはならない 	×

<p>ダイアフラム（ペッサリー） 天然ゴムで作られており、ドーム型をしている。女性の膣内に入れて子宮頸部にかぶせることで、精子が膣内へ挿入するのを防ぐ。 日本では、ダイアフラムはもう製造されておらず、使用率は低い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返し使用でき経済的（性交後6時間以上経過してから取り出し、洗浄することで、何度も使用することができる） ・副作用が全くない 	<ul style="list-style-type: none"> ・正しく装着しないと失敗率が高い ・医師にサイズを測定してもらわなくてはならない（購入の時） ・性交の度に装着しなくてはならない 	△
<p>IUD 小さなプラスチックで作られた器具で、女性の子宮に挿入し、受精卵が子宮に着床するのを防ぐ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持続期間は、1～1.5年 ・使用感がほとんどない ・避妊効果は、ピルに次いで高い ・子どもが欲しくなった時、あるいは他の避妊法に変えることを決めた場合、医師のところへ行って取り除いてもらうことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に挿入してもらわなくてはならない ・子宮に異常があるときは使用できない ・時に不正出血や器具の脱落などがある ・未経産婦には不向き ・性感染症、子宮外妊娠を経験した者には使用できない 	○
<p>IUCD^{#2} 小さなプラスチックと銅で作られた器具で、女性の子宮に挿入し、受精卵が子宮に着床するのを防ぐ。 なお、日本ではIUCD（銅付付加IUD）はピルと同時期に認可されたのであるが、現在のところ発売には至っていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持続期間は5年以上、あるいは8年以上と長い ・使用感がほとんどない ・未経産婦でも使用可能 ・避妊効果は、ピルに次いで高い ・子どもが欲しくなった時、あるいは他の避妊法に変えることを決めた場合、医師のところへ行って取り除いてもらうことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に挿入してもらわなくてはならない ・子宮に異常があるときは使用できない ・時に不正出血や器具の脱落などがある ・性感染症、子宮外妊娠を経験した者には使用できない 	△
<p>Mirena^{#2}（黄体ホルモン付加IUD） プロゲステロンを入れたT型のプラスチックを、子宮内に挿入することによって、プロゲステロンが放出され、避妊する。子宮内に装着するという点で、IUDやIUCDと同じであるが、プロゲステロン放出させるというホルモンを使用している点で大きな違いがある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果が極めて高い ・持続期間は5年以上と長い ・エストロゲンによる副作用がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師による挿入が必要（オーストラリアのクイーンズランド州などで、家族計画クリニックなどで、専門医による挿入が可能） ・未経産婦には不向き ・子宮に異常があるときは使用できない ・時に不正出血や器具の脱落などがある 	×
<p>周期的禁欲法（リズム法） 受胎期を予測し、その期間の性交を避ける方法。基礎体温を測定することで排卵日を推定する基礎体温法、月経周期から排卵日を推定するオギノ式、頸管粘液の状態を観察して排卵日を推定する方法などがある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・副作用が全くない ・経費がかからない 	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果は低い 	◎
<p>殺精子剤 性交前に錠剤またはフィルムを挿入し精子を殺すことで、精子の受胎能力を低くする。効果の持続時間が限られている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単に入手できる ・副作用がほとんどない ・性感染症の種類によっては、殺精子剤によっての予防が可能である ・他の避妊方法と併用することで避妊効果を高めることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・単独での避妊効果は低い ・体外に流出しやすく、失敗率が高い ・効果が現れるまでに5～10分かかる ・持続時間が限られている 	◎
<p>緊急避妊法 緊急避妊法は、性交の最中にコンドームが破損した場合、または女性が強姦の被害にあった場合などに対応できる方法である。緊急避妊用の高用量ピルを性交後72時間（3H）以内に服用し、受精卵の着床を防ぐ。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果が極めて高い（緊急避妊法の失敗率は0～2%である） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診察が必要（日本では、一部の病院に限られているが、フランス・イギリスなどでは、薬局で市販薬として入手可能となっている。オーストラリアのクイーンズランド州では、ホームドクターからの入手が可能である） ・強い副作用がでる場合がある 	○
<p>不妊手術 避妊というより永久的に妊娠しないようにする方法。女性の場合は卵管結紮、男性の場合は精管結紮を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・一度手術すると避妊効果が持続する 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師による手術が必要 ・手術後に妊娠を望んでも再び妊娠することはほぼ不可能 	○

<p>膣外射精（抜去法） 男性の射精直前に、ペニスを膣外に抜去して射精する方法である。日本ではコンドーム・周期的禁欲法の次によく用いられている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・経費がかからない 	<ul style="list-style-type: none"> ・失敗率が極めて高い（避妊法として信頼できない方法である。他の確実な避妊法を選択することが困難な国は別として、先進国では、通常、避妊法として認められていない） 	◎
<p>インプラノン^{注2} プロゲステロンの結晶を入れた特殊なプラスチックを1本、上腕の皮下に挿入することで避妊する（現在、オーストラリアのクイーンズランド州で取り入れられている最も新しい避妊法）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果が極めて高い ・持続期間が3年以上と長い ・エストロゲンによる副作用がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師による挿入が必要（オーストラリアのクイーンズランド州の家族計画クリニックなどで、専門医による挿入が可能である） 	×
<p>ノア・プラント^{注2} プロゲステロンの結晶を、直径2.4mm、長さ34mmの特殊なプラスチックの中に入れ、これを合計6本皮下に挿入する（妊娠婦死亡率や乳幼児死亡率の高い開発途上国で多く使われている）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果が極めて高い ・持続期間は5年ほどと長い ・エストロゲンによる副作用がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師による挿入が必要 ・副作用が強い（不正出血や無月経が起こり得る） 	×
<p>注射避妊法（デポ・プロベラ）^{注2} DMPA（デポ・メドロキシプロゲステロン・アセテート）を注射することによって、卵子が排出されるのを防ぎ、避妊する方法。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊効果が極めて高い ・一度の注射で約3ヶ月間持続する ・エストロゲンによる副作用がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師による注射が必要（オーストラリアのクイーンズランド州では、家族計画クリニックや医師のもとでの注射が可能） ・最初のころ出血が増加する ・無月経や体重増加になる者がある 	×

- * 「日本」の欄の、◎：日本で数多く利用されている
○：日本で発売されている、または用いられている
△：許可されているが発売されていない
×：許可されていない

V 性の自己決定を促す避妊教育の展開

1. 授業の概要

望ましい避妊教育の授業の一例として、FPQの授業例を示す。

この授業例は、2001年8月20日、オーストラリアのゴールドコースト市にある名門私立女子校 St.Hildas girls school で参観した11年生の授業（所要時間1時間）の記録をもとにしている。指導者は、Shona Chartersさん（FPQのRegional Education Coordinator）で、授業を受けた生徒は11年生25名である。担任の教師は、指導者の隣で補助的な役割を果たしていた。

テーマは「避妊法の選択」であり、学習目標は、「青少年に適した避妊方法の種類と、各避妊法の効罪について検討し、自分の考えを確立する」ことにある。

授業の構成は、四段階から成っており、導入部での発問は、「子どもを持つためにアメリカに渡った日本の60代女性の出産をどう思ったか」「現在、オーストラリアで承認された新しい出産休暇についてどう考えるか」「レズビアンのカップルが子どもを持ちたいと望むことについてどう考えるか」であった。セクシュアリティの中の避妊を学ぶための導入として、興味深い発問である。いずれの発問に対しても、「性と生」という視点で考えなければならないからである。

その後、避妊法の定義、各種避妊法について、ブレインストーミングを行い、どの生徒も参

加できるような工夫がなされていた。また、生徒同士による各種避妊法のプレゼンテーションには、自分達自身が理解し、それを確認する作業が一連の学習の中に自然に組み込まれていた。このような授業展開の中で、性と生について考え、選択し、自己決定する力を培うことが可能となる。

なお、本授業の内容は、本来的には12年生対象のものであるが、生徒の実態を踏まえ、FPQのマニュアルをアレンジし、このような授業展開となっている。

2. 授業の実際

(1)題材：避妊

(2)本時の学習内容：避妊法の選択

(3)対象学年：11年生

(4)所要時間：1時間

(5)目標：①青少年に適した避妊方法にはどんなものがあるか理解する

②各避妊法のメリット・デメリットについて検討する

③避妊法の選択および正しい使用法について、調べたことをもとに自分の考えを確立する

資料1：本時の展開

時間	内容	備考
5分	<p>* 導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 本日の授業の概要について説明する 妊娠やセクシュアリティに関する最近のできごとについて、自由に意見を述べさせる 「子どもを持つためにアメリカに渡った日本の60代女性の出産をどう思ったか」 「現在、オーストラリアで承認された新しい出産休暇についてどう考えるか」 「レズビアンのカップルが子どもを持ちたいと望むことについてどう考えるか」 	<ul style="list-style-type: none"> 避妊に関して、主体的に安全な方法を選ぶことが大切である
20分	<p>* 避妊法－定義と方法－についてのブレインストーミング</p> <ul style="list-style-type: none"> 本日の授業の中核が避妊法についてであることを説明する 避妊および避妊法の定義を明確にする さまざまな避妊法として知られているもの、あるいはこうすれば妊娠しないといわれているもの（誤った方法も含め）を板書し、ブレインストーミングを行う 禁欲、 自然家族計画 経口避妊薬：COC・POP 緊急避妊 ダイアフラム（ペッサリー） 注射避妊法（デポ・プロベラ） インプラノン（皮下埋め込みによる避妊法） コンドーム（男性用・女性用） IUCD（銅付加IUD） Mirena（黄体ホルモン付きIUD） 膣外射精（抜去法） 殺精子剤 不妊手術 などについて討議し、誤った避妊法を正していく。 禁欲や膣外射精について 相手の立場を無視した性行為に関し、安全な行動か否かを基本として考えさせる。 	<ul style="list-style-type: none"> * 生徒の実態に応じて、以下の項目等も入れる。 立って性交する 性交の後にトイレに行く 初めての性交 生理期間中の性交

30分	<p>* 青少年によく知られている避妊法について調べ、理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生徒を少人数のグループに分ける（1グループ5人までとする） 各グループによく知られている避妊に関して、それぞれの方法と働きについて書かれたパンフレットとサンプルがセットされたものを渡す。 <ul style="list-style-type: none"> 女性用コンドーム 男性用コンドーム 緊急避妊法 経口避妊薬（ピル） IUCD ベッサリー インプラノン（皮下埋め込み法） <p>等から、各グループが選ぶ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1グループの発表時間を5分程度として、それぞれの避妊に関する具体的な使用法と働き（副作用も含めて）についてのプレゼンテーションを行う それぞれの避妊方法の働き（どんな原理で避妊できるのか）、その避妊法の優れている点（入手方法や経費等も含めて）、害や危険な点（副作用等も含めて）について発表する。 たとえば、コンドームによる避妊についてであれば、説明をした後、勃起したペニスの模型とコンドームを用いてデモンストレーションを行うなど、創意工夫して発表する。 生徒の発表の後、補足事項等があれば、指導者から説明する。 	<ul style="list-style-type: none"> 避妊具のサンプルや避妊方法についての説明を書いたパンフレットを各グループに配布し、それらの資料をもとに、他者に説明できるようにさせる
5分	<p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> 女性にとっての性行為は、予期せぬ妊娠を招くこともある行為であり、そのため、避妊が必要であることを理解させ、まとめとする。 避妊についての助言や指導をしてもらえらる場所について、生徒に確認する。 FPQのパンフレット等を配布する。 	<ul style="list-style-type: none"> FPQのパンフレットの配布や地域での相談窓口の紹介を行う

VI おわりに

世界の中には実にさまざまな国があり、性の自己決定に関して、各国の歩みは一定ではない。世界的にリプロダクティブ・ヘルス／ライツの保証について合意された現代でさえ、性器切除（FGM）を行い、子どもから性的自由を奪っている国がある。また、国によっては、ローティーンの子どもの性的自由も法的に保障され、子どもの性的自由を束縛した場合には親であっても逮捕されるような場合もある。

日本は、長い間国連加盟国中、唯一避妊ピル解禁がされず、「避妊後進国」と呼ばれてきた。日本において、「性は自己決定していくもの」という教育がなく、性や避妊に正確な情報が知らされることがなかったためであろう。また、現代日本における子どもの性に関する問題については、子どもの性的自由を認め、自己決定する必要性を理解し、性教育を積み上げていかなければ解決はみられないであろう。現代の日本の性教育は、日本の子どもにとって、理論上の「性器切除」といえるのではないだろうか。

子どもの生きる力に期待しつつ、おとなとしての価値観を押しつけることなく、知り得た多くのことがらから子どもが考え選択できる能力をつけられるような性教育を、避妊教育を含め、推進していきたいものである。

引用参考文献

- 1) 今野洋子：政府、地域社会が支えるオーストラリアの研修機関，健康な子ども，no.336，pp.42～

43, 2000

- 2) 今野洋子：性を「健康概念のひとつ」と捉えるセクシュアルヘルスクリニック，健康な子ども，no.337, pp.42～43, 2000
- 3) 今野洋子：リラックスしてていねいに行われる性教育の授業，健康な子ども，no.338, pp.42～43, 2000
- 4) 今野洋子：健康増進の教育活動を提供するライフエデュケーションセンター，健康な子ども，no.339, pp.42～43, 2000
- 5) 今野洋子：自己決定とスキル獲得を促すセクシュアリティ教育，生涯学習研究と実践創刊号，pp.55～70, 2001
- 6) 今野洋子：性の自己決定に果たす避妊教育のあり方，生涯学習研究と実践創刊号，pp.79～94, 2001
- 7) 君和田和一：「なぜ，なぜ，どうする性教育」，新日本出版社，pp.112～133, 1993
- 8) 安達倭雅子：「子どもたちの性」，集英社，pp.130～141,
- 9) 前掲5)，p.67
- 10) 小田洋美：「性を楽しむために低用量ピルをゲットしよう」Human Sexuality No.28, 東山書房，pp.70～75, 2000
- 11) 小田切明徳「当たり前のこととしての避妊」Human Sexuality No.5, 東山書房，p.48, 1991
- 12) 東京都幼稚園・小・中・高，心障生性教育研究会編「1999年調査児童・生徒の性」，学校図書，1999
- 13) 同上
- 14) The Boston Women's Health Book Collective, Our Bodies, Ourselves, Revised and Expanded Edition, Simon and Schuster, p.181, 1979
- 15) 芦野由利子・村瀬幸浩：ピルと避妊と性の教育，十月社，p.41, 2000

*注1：避妊にピル，STD予防にはピルとコンドームの両方を使用する方法。オランダの医師が提唱に欧米で普及している方法

*注2：FPQの避妊教育のシート・マニュアル・各種パンフレットを参考にしている