

対談：若者の性行動の活発化とHIV/AIDS予防

京都大学大学院医学研究科教授

木原正博

聞き手：橋本紀子

目次

- ◇疫学調査から性行動調査へ
- ◇増加する若者の人工妊娠中絶・性感染症
- ◇量的にも質的にも不十分な知識
- ◇日本におけるHIV感染経路の特徴
- ◇アジアにおけるHIV/AIDSの現状
- ◇若者を取り巻く状況－性情報と学校－
- ◇自己決定権を保障する条件整備
- ◇社会教育・生涯教育への期待
- ◇これまでの教育に対する評価
- ◇実践をどう広げていくか

◇疫学調査から性行動調査へ

橋本 お忙しいところを今日はありがとうございます。最初に簡単な自己紹介をお願いします。先生が所属している京都大学医学部の国際保健学講座というのは何が目的でどんなことをなさっているんですか。

木原 そうですね、国際保健学講座というのはいろいろ種類はあるんですが、うちの場合は英語名が Department of Global Health and Socio-epidemiologyという名前にしているんです。Global Healthというのは我々の活動の目的なんですね。

Socio-epidemiologyというのは方法なんですけれども、Sociologyとepidemiologyをくっつけた単語でして、社会科学的な方法・観点と公衆衛生・疫学的な方法・観点を合わせた方法論を使おうとしているんです。だから、社会科学的な方法をかなり勉強しているんですね。そういう方法をしっかりと身につけたうえで国際保健のなかのテーマをきちんとやろうと。これは国際協

力という目的だけが先走って、あまり現地で役に立たなかったりということがあるんですが、そうではなくて方法論をしっかり持とうじゃないかという気構えの背景があるんです。

実際やっているのはHIVの問題をテーマとしてやるということですね。そのために、疫学・統計も使いますし、質的調査方法・分析方法を使いますし、あとソーシャルマーケティングの手法も使います。とにかく問題解決をするために必要なものは何でも使うというようなことですね。

橋本 社会科学的視点からの統計的な手法っていうのは、私たちの大学の保健学科だと少数派ですけど、先生のところの統計はどちらかというと数理統計ですか？

木原 いわゆる医学統計ですよ。統計的解析方法と言う意味では、統計そのものはどの分野でも使える方法ですので、もちろん使う種類は多少、医学系と社会科学系と違いますけれども、ただベーシックは同じですね。

橋本 それでは、HIV/AIDSを中心にやっていらっしゃるというのはここ数年ですか。

木原 いや、もう10年くらいやっていますね。ずっと疫学的に、たとえば感染率を調べたりとか性行動を調べたりとかしてきてますけれども、目的はとにかくエイズの予防なんですね。予防につながる研究といいますかね、それをやっていますね。日本の場合、エイズの予防に至るまであまりに歴史がなかったのが、最初の頃は医者ばかりが集まって、血液を集めて測ってHIV感染率が何%とか性感染症が何%とか、

りが集まって、血液を集めて測ってHIV感染率が何%とか性感染症が何%とか、あるいはちょっとアンケートをやってお茶をにごしたり、そういう研究が主流だったわけですね。

ところがそれだけでエイズを捉えるのはあまりにも表面的ですので、ぼくらは5年以上かけたプランなんですけど、まず科学的な性行動調査を導入しようということで97年くらいから3年かけて勉強して準備をして、99年に全国的な性行動調査をやったんですね。そして性行動調査ができて、そういうものが測れるんだというベースができて初めて予防ができるというふうにステップアップしていつているんですね。今の段階は一応、性行動調査のメドがついたので、日本という文化の中でできる予防方法を開発しようというのがテーマですね。

橋本 京都っていいますと、私なんかは戦前の山本宣治の青年の性行動調査を思い浮かべますが、そういうような伝統の影響はあるんですか。

木原 いや、残念ながら、ぼくは生まれは長崎で大学が京都、仕事ははじめ横浜だったので、この調査をやった頃にいたのは横浜です。

橋本 横浜から京都に戻られたかたちですか。なんとなしに、京都で性行動調査なんていうと、何か影響があるのかと思いました。私は国際保健学の方法論が社会科学と疫学的方法を結びつけるということでやってらしたということに興味を持ちました。私は社会科学の人間なのですが、私の職場の大学院は保健学専攻で周りの方はそうではありませんので、どうしてもどこで折り合いをつけるかというところに気を使います。

木原 目的があったからそうなったわけで、ぼくはもともと遺伝子を扱う疫学をやっていたんです。それとエイズと両方やっていま

したので。ぼくの頭の中はもともとそういう疫学統計一本なんです。その頭でエイズに乗り込んで、気がついたらぜんぜん通用しないわけですよ。たとえば患者さんが来ないですよ。ガンならば患者さんがやって来られてデーターも提供してくださって、アンケートもすぐにやってくれますよね。ところがエイズとなると、だいたいどこに感染者がいるかわからない。またすぐにアンケートに協力ということもありえません。だからまったく質的に違う対象をたまたまやってしまった。

橋本 うちの大学でも保健学だと疫学統計のほうが以前は多かったようですね。だから今みたいな形で進んでいるということであれば、私も方法論的にいろいろとつき合わせてみたいと思いました。私は社会科学としてのジェンダー統計について、院生たちと学習し、実際に民研の両性の平等と教育研究委員会で日本のジェンダー統計パンフを作りました。保健学で使われている統計にも単純な数理統計とか疫学統計ではない、社会科学的な視点から導き出された明確な課題意識があって、それを解明するための手段として統計を使うという調査方法が当然あるのですが、まだ、十分使いこなせていない気がします。むづかしいですね。

◇増加する若者の人工妊娠中絶・性感染症

橋本 それでは次に、先生のお書きになっている『セクシュアリティ』7号の論文では、第2のエイズ流行の時代が訪れつつあるということ、非常な危機感をもって述べていらっしやいますけれど、この段階のデーターでもいいですし、日本の若者の感染状況とくに激増している20代についてなにかあれば教えてください。

木原 ずっと患者は増えているんですけども、去年(2001年)とくに増えたんですよ。

ね。過去最高になりまして、今年も昨年に匹敵するペースで増えています。ですから、かなり増え方のペースが上がってきているんですね。去年、データーを見てびっくりしたのは、2000年までは10年以上も、若い人の割合というのはだいたい30%なんです。これが去年、突然10%ちかく増えちゃったんですね。詳しく見ると、とくに女性は年齢分布が若い方にぐっとシフトし始めているわけです。そういう意味で言いますと、ここ数十年の間ではっきりと若い人の割合が増えたというのは、去年が最初なんです。ですから若い人への拡大というのが見えてくるようになったということなんです。

実は早晩そうなるだろうと思っていました。というのは、90年代半ばから人工妊娠中絶がかなりのペースで増えていましたね。性感染症(STD)も増えていますよね。その増え方のペースとHIVが増えつつあるペースはよく似ているんです。それで、ぼくらとしては中絶がきて、ほぼ同時に性感染症の増加がきた、と。次に来るのはHIVなんだろうと。それはいつ来るのだろうとずっと注意して、データーとして見ているわけですね。で去年、「あ、来たか」という感じですから、まあ予期された事態ではあるんですね。

橋本 そういうのを聞くと、教育を担当している人間としては、教育のほうにも大きな責任があるように感じますね。21世紀という新しい世紀は若い人たちへのエイズの拡大とともに始まってしまった。つまり有効な手を打たないで20世紀の終わりまで行っちゃったという責任はありますよね。

これはみんなの認識があまり深刻でなかったということですかね。90年代の初め頃に、水際作戦ということで大々的にキャンペーンを張って、92年頃、抑えるんだという形でやりましたよね。あそこから、やっ

ぱりガーっと引いてしまったというか。

木原 それもあるでしょうね。その前に指摘しておきたいのは、人工妊娠中絶の増加は、日本の47都道府県ひとつも例外がないんです。どこでも増えているんです。つまり対策に成功した都道府県はないということです。そのことがよく認識されなきゃいけないと思うんですね。決して都会だけで失敗したわけではないということです。ですから日本列島全体の問題だということですよ。

それでそういう事態になぜ至るかというのは、やっつてることとやるべきことがずれているわけですね。エイズの予防の歴史を見ると、80年代の初めにアメリカで勃発しましたよね。そのときにまずやったことは、やっぱり知識の普及なんです。エイズは怖いものだとかたとえばコンドームをつけなければ防げるとか、あるいはこういう症状が出るとか、そういう怖い情報や予防の情報を流してやれば、人っていうのはそれを学んで自動的に行動を変えるんだという理論ですね。これはやっぱり欧米の個人主義的な理論なんです。ところがそれがうまくいかなかったわけです。

そういう知識だけ与えて、あとは個人の責任(自己決定)、みたいなやり方ではうまくいかなかったんですね。それで戦略を変えていくわけです。日本はそういう過程にまだ入っていないわけですね。いまだに知識さえ普及すればいいんだというわけで、そればかりやっているわけです。だからやっているほうは一生懸命やっていると思っても、それは実際に効果を上げないことをやっているということで、ズレているわけです。

◇量的にも質的にも不十分な知識

橋本 日本の場合は知識の普及をやっている人もまだ、一部分だし、知識の普及でさえ『思春期のためのラブ&ボディブック』のよ

うに配布差し止め、廃棄処分にするなんて事が起きていますよね。

木原 ええ。知識の普及も不十分だし、内容もずいぶんお粗末ですね。知識そのものが不十分というのはね、知識の量も少ないんですけれど、質的にも問題があって、日本は薬害エイズからエイズが始まったので、差別・偏見・人権にポイントを置いてきたんですね。それは、エイズっていうのは自分の問題というよりは、そういう犠牲者がいて、それは差別してはいけないんだ、共生するんだということにポイントを置いてきたんですよ。これは悲しいかな、日本はそういう事件を起こしてしまったという歴史なんですね。

だけど、これはそろそろ見直さなくちゃいけない。やっぱり他人の問題ではなくて自分の問題に変わってきているんですよ。それは先ほどいった中絶だとか性感染症を見ればわかるし、エイズだって控えているわけですよ。そういう時代になっているのに未だに自分を予防するために必要な知識、たとえばどういう性感染症があるとか、STDに罹っても症状が出ないことが多いという知識は知られていないですよ。ですから性感染症にかかっているとHIVにかかりやすくなるということも、高校生に聞くとなかには逆に思っている人もいますね。そういう誤った情報が実際に流れている。いつ検査を受ければいいとか、どこで検査を受ければいいという情報もあまり流されていない。だからそのままきいているんですね。だから知識ひとつをとってみても、まず量が少ない。なおかつ質的にも時代に合っていないと思いますね。それはそういう面での変化をしなくちゃいけない。もうかなり遅いと思いますけれどね。早くしないといけないと思います。

◇日本におけるHIV感染経路の特徴

橋本 誰がとかじゃなくて気がついた人がやれることをやるしかないと思いますけど。性感染症について先生が書かれているなかで、お尋ねしたかったことがあります。1999年以降、同性間感染による感染者数というのが男性の間で急増して異性間感染を大きく上回るようになったというのはどういことが考えられますか。

木原 もともと感染しやすい性行為というのはあるわけです。異性間性行為よりも同性間の性行為が感染しやすいということがあります。もともとHIVの流行というのは二つの波に分けられるんですよ。これは理論的に分けられるんですけども、まずうつりやすいところから先に流行を始めるわけです。それが同性間だけでなく、たとえばドラッグ使用や買売春ですね、そういう人がかかりやすいわけですから、その流行がまず先にきます。そしてその後に徐々に流行がもっと大きな集団に移っていくわけですね。それが異性間の性行為ですね。ですから、日本で先に同性間が増えていくというのは当たり前であって、まずそういう感染しやすい行動に流行が先におきてくるわけです。

橋本 それはわかりますけれど、私がオーストラリアでプレゼンテーションした時に、調べたのでいきますと95-6年とかまでずっと、性産業で働いている外国人女性との異性間による日本人男性の感染率が結構多く、大きな感染経路の一つになっていました。ところが99年以降は同性間のほうが増えていくってここでは書いているんですね。性産業での感染は不況のせいかな日本では今はむしろ減っているということですか。

木原 ちょっと情報がごちゃごちゃになっているんですけどね。日本では91-2年に高いピークがありましたね。あれは多くは東南アジア出身の女性が検査を受けに行けと

言われて急に検査を受けて、それからはいしる検査を受けに行くと言われて引いたと、そういう背景がありまして。そのために一瞬だけそういう数字が上がったんですね。ですから、それは流行を反映しているというよりも、たまたまその期間、そうやって検査を受けに行ったり行くのをやめたりという行動が起きたものですから、一瞬だけ現状を反映するような部分がちょっと見えた瞬間だったんですね。

ですから、それくらいその当時は日本に海外からのセックスワークをする人がいて、その人たちの一部が感染していたという事実があったんですね。そこでの交渉によってうつった人というのはやっぱりいるんです。それが実は日本の初期の異性間流行なんですね。

橋本 ただ98年までは異性間・同性間がほぼ同数で推移してきたが99年以降同性間感染による感染者が急増して異性間感染を大きく上回っているということですから…。

木原 それは日本人の男性の統計の話なんですけど、最初ゆっくり増えていったわけですね。そして、最近男性同性間感染急増し始めたということですね。日本人の男性という枠の中で考えればごく自然なことで、要するにより感染しやすい行為をする場合に流行しやすいわけですから、それがはっきりした形で出てきたということですよ。

橋本 今はだからその段階にあるってということですよ。アメリカなど他のところはずっと最初から、男性の同性間でのエイズ患者の方がわーっとありましたよね。日本はまず薬害エイズがあって、それから性産業でやってきた人たちとの間での異性間の患者が多くて、そして今、同性間のがぐっと増えて、非常に危険なところにどんどんいっているということですよ。

木原 日本と欧米の違いというのはですね、

欧米の国々というのは買春率が非常に低いんですよ、1%前後だったりそれ以下だったりしますよね。日本は私たちの調査では10数%なんですね。ですから、日本は先進国とは違う性行動をしていて、セックスを買うというのが文化的にかなり保たれてきてますよね。ですからその分だけ欧米には少ないルートからの感染が起こってくるわけですね。初め異性間・同性間一緒に増えたというのはそういう事情だと思います。欧米では一緒にいかずに同性間が先行したわけです。日本はやっぱ先進国とは違う文化なんですよ。そこはよく知っておかないと。

◇アジアにおけるHIV/AIDSの現状

橋本 そうですね。わかりました。それではついでに先生がこの論文で日本にとっての重要性は述べているけれども、詳しくは触れられていなかったアジアのHIV流行の現状についてお話をください。

木原 はい。アジアは90年代前後に流行が始まったんですね。まず、買売春と薬物の静脈注射で始まり、今そのルートでアジア全域に流行が拡散しているんですね。もともとインドシナ半島から始まったんですけども、中国でもどんどん北上していってますし、南のほうは、インドネシアというのはしばらく流行がなかったんですけど、本当に海峡を越えて流行が飛び火しちゃいまして、ここ2-3年インドネシアにわっと流行が広がっているわけですね。東アジアは比較的まだゆっくりしていますけれど、他の国ではかなり買売春と薬物の静脈注射で地理的にはほぼ広がってきたような感じです。それがアジアの最初の流行なんですね。

それは今も続いていますけれど、それ以外のファクターがアジアは今から大きくなっていくんですね。それは二つありまし

て、ひとつは「あぶり」ですよね。薬物の使用で注射じゃないんですね。熱して蒸気を吸うタイプが広がっているんですね。これはいわゆるゴールドントライアングルから大量の覚せい剤が放出されてきましたので値段が下がったので、若い人でも買える。だから、炙って使うというある意味ではもったいない使い方もできる。注射よりもやりやすいということで急に広がったんですね。その薬欲しさにセックスを売ったりとか、あるいはその薬を使ってセックスをするということで、性感染による流行をおおる形になっていくんですね。

もうひとつは、今までなかった性行動といますかね、若い人のカジュアルセックスが広がってきているんですね。今まではアジアの多くの国では結婚前までは性交しないという規範が強かったんです。それがだんだんと崩れてきていまして、TIMEなんかの雑誌でも特集していますが、そういう新しいタイプの性行動、新しいタイプの薬物使用が今までの伝統的なものにプラスアルファしていますので、これはかなり今からのHIV/AIDS流行の大きさと深さを決めるんでしょうね。

橋本 もともと、非常に貧しい人々の間では、娘を容易に売春宿に売り渡すと言うような文化伝統があった上に、結婚前まではというようなマジョリティの性規範があったところまで侵食されているということです。この新しいタイプの性行動の変化の影響は大きいでしょうね。ここに中国は2010年には1000万人くらい、インドなどもその推定値がありますけれど、もちろん人口は13億とか14億近くもいるわけですから一概には言えませんが、ものすごい勢いですよね。

木原 そうですね。それを書いた頃とまた今は状況が変わってきてまして、今年の9月にアメリカのCIAが突然レポートを発表したん

です。これは何でCIAがということですがかなり驚きを持って受け止められたんですね。それともうひとつは中身ですね、そのレポートを読むと世界の人口の40%を占める5つの国＝中国・インド・ロシア・エチオピア・ナイジェリアで、2010年時点におけるHIV感染者数を見積もっているわけです。それによると中国が1000万から1500万、インドが2000万から2500万、ロシアが500万から800万といわれているんですね。

推計というのはかなりばらつきがありますがすけれども、これはかなり悲観的なシナリオになるわけです。しかし、かなり綿密に調べてやっていますので、頭に置いておく必要があると思うんですね。つまり、これを見ると、要するに2010年までに日本を囲む国々にすごい流行が起きるということです。その流行の影響が日本に2010年前後には出てくるんですね。

橋本 たとえば現在、人と物の交流がものすごく増加していますよね。日本からも海外旅行に行きますし、外国からもやってきますし、そうすると徹底した性教育が2010年までに、ここ4-5年の間に徹底しない限りかなり厳しいっていうことですね。

木原 ぼくはそう思っていますね。やっぱりここ4-5年、相当がんばらないとかなり広がってしまうのではないかと心配しているんですね。それで、さっきの話に戻っていきますと、どうするかということですよ。

◇若者を取り巻く状況－性情報と学校－

橋本 それで背景要因の解明と予防教育のための基礎データ収集としてなされた若者の性行動調査のなかで、先生は問題点をいくつかあげていましたね。無防備な性的ネットワークが広がっているとか、コンドームの使用目的が避妊ということでエイズや性感染症のためとは考えていないとか、あ

るいはコンドームは売れなくなってしまったとか、ここらへんについてはどういう感想とか、何が原因でコンドームが売れなくなってるのかとか、ありますでしょうか。

木原 これは推測になっちゃうんですけど、おそらくアダルトビデオの影響があると思うんですよ。コンドームを使いませんからね。使っているように見えない。それを下手をすれば小学校くらいから見ているから、こういうものなんだというひとつのモデルとして刷り込まれていったんじゃないかな、というのがひとつありますよね。

それから、メディアがぜんぜん報道しなくなりましたね。みんなエイズはもうないものだと思っているわけです。だから怖いものはもうないという感じになってしまっているわけですね。風化していつているんじゃないですかね。今、子どもたちが置かれている状況を見ると、家にたとえて言えば、表門に校長先生とか教頭先生が立っていて、表門から入ってエイズ教育をやりたいといっても門を閉ざしてしまうわけです。でも裏門が開きっぱなしなわけです。いくらでも中の生徒たちに情報が入っている。アダルトビデオでも本でもいくらでも入ってくる。それに対して学校教育者は、ぼくが入っていくのと同じような態度をとるかといったら、何もしないでしょ。「子どもを守る」とか「子どもに責任がある」というんだったら、少なくとも両方に向かってものを言うべきであって、片一方だけにものを言ってもっと大きな問題には発言をしないというのは、これは「子どもを守る」ということそのものが疑わしくなる。ちょっと矛盾していますね。

橋本 うちの大学でも養護教諭を養成していますけれど、今の日本の現状に即した具体的で、的確な性教育を十分やれてきたかという、まだまだですね。まず、スタッフ間の性教育についてのスタンスも違いま

すし。

木原 ぼくらが高校で予防教育をやるうとしてその世界を垣間見たわけですけど、さっきの家の中でどうなっているかということです。しみじみ思ったのはですね、養護の先生にインタビューしてみると、非常によく実態をつかんでおられるという、まあ子どもたちが来ますからね。しかも長くやっている人は子どもが変わったということまでよくわかっていらっしゃいますので、危機意識が高いですよ。ところが学校のなかで実際に教育する先生たちは必ずしも実態をご存知ない。これが、本当に子どもに即した教育ができていないひとつの原因だと思いますね。

もうひとつは、校長先生とか管理職のほうまで危機意識が伝わってないじゃないかと思うんですね。いろんな先生がおっしゃるのは、たとえば学校によっては妊娠したら退学とかいう仕組みを持っていますよね。そうすると養護の先生は怖くて上司に言えないわけですよ。そうすると自分で抱え込んでいますよね。すると上のほうの実態が見えない。だから何が起きているかというのはピンときていない。学校というのはひとつの社会に見えながら階層があって、その階層の一部だけが現実に触れていて、あとは触れていない。だからそういう人が学校のエイズ教育をしたり管理をしたりというあたりにすごく大きな問題があるわけですよ。ぼくらが最近ぶつかっているのはそういう問題なんですね。

橋本 私もよく知っています。

木原 たとえば性行動を調べたいと言うと、そんなことをすると「寝た子を起こす」というのはまだいい方で、驚いたことに「そういうことを調べたら何かしなくちゃいけない」と、そういう発言が出ることもあるんですね。ちょっと待ってくださいよ、と。「何かしなくちゃいけないことがわかったらまず

い」というのはおかしいんじゃないですか、と。やっぱりちゃんと調べてすべきことをするのが責任というものじゃないですか、調べずにおいて知らなかったから自分の責任はないと言わんばかりの言い方というのは、これは子どもに責任を持つとかいうものとはちょっと逆方向の言い方じゃないかなと思いますね。

橋本 「何か」したくないんです。事なかれ主義ですね。

木原 そういう先生ばかりじゃないとは思いますが、たぶん調査やっていると、たとえば性行動調査は半分くらいの学校が協力してくれるんですよね。決して希望がないわけじゃなくて、一部の非常に頑なな先生のことだと思うんですけどもね。

橋本 そのへんは少し変わってきたとは思いますが、ですけど6-7年くらい前に私の知っている長野の中学校の養護教諭だった方は、転勤した時に子どもたちの実態調査をしようとして、質問項目に性交経験の有無を入れようとしたら、担任によっては絶対外せって言われたそうです。だから賛同してくれる先生のところのだけしか、データがとれなかったと言っていました。当時は、性交経験をしたと正直に書いても、今度それはそれを取り締まるとか、締めつけるということになりかねなかったのですね。このデータをそういう人たちに明らかにしたくないみたいなことになりますね。そこからは今はずいぶん変わったと思います。だって、報道で女子高校生の性交経験率が40%、50%なんていわれる事態になってくると、そういう形では対応できなくなっていると思いますけれど。

やっぱりアダルトビデオも含め、メディアリテラシーの問題は非常に大きいんですね。子どもたちにその力をつけるっていうことは。

木原 さっきの学校の話に加えておきますと、

「学校でエイズ教育とかやる時に反対する人は誰ですか」というアンケートをしているんですね。いちばん多いのは保護者ではなくて同僚の先生なんですよ。学校の中に実は問題があるということですよ。だからみなさん、保護者も反対するかもしれませんが、ぼくのアンケートの結果では「エイズ教育をやった人がどこからクレームを受けるか」という質問に対して、多かったのは同僚の教師ですね。そのあたりを変えないと、学校は動いていかないですね。

橋本 私も昔、調査をしましたけど保護者は性教育をしてほしいというのが圧倒的に多いです。それはもう自分ができないから学校できちんと科学的に教えてほしい、と。でも同僚はどうして反対するんですか。自分もやれって言われると困るからですか。

木原 ひとつはですね、これもアンケートですけども、これはたぶん過去20年間というのは日本の中でものすごい変化が起きた時代だと思うんですよね。たとえば今から30年前40年前の親と子どもというのは性行動とか性意識にそんなに違いはなかったはずなんですね。ところがこの20-30年の間に子どもだけが急速に変わっていているんですね。大人も変わっていますけれど、子どものほうがはるかに速くて、子どもゼネレーションと大人ゼネレーションの格差が過去にあった格差よりももっと大きく開いたし、すごい速度で開いていったんですよね。そういう現実には全然追いついていないわけです。これが危険なところなんですね。

そういう格差というのが構造化してしまって、つまりそういう古い価値観を持っている大人—それは教師であり管理職であったりするわけですけども—そういう人がそういう意識を持ったまま教育したり管理したりする側に回っているわけですね。

今そういう構造になっちゃっているわけですね。これは非常に危険なんです。

橋本 親子というよりも世代間の違いが職場その他にもろに出ているということですね。

◇自己決定権を保障する条件整備

木原 そういうことだと思いますね。だからふたつのアプローチというのは、個人だけを教育するとか、個人に向かってどうこうしよう、責任持った行動をとれとか言うだけではとれないわけですね。たとえばある県では18歳未満の子どもにコンドームを売ってはいけないという条例を持っているところがあるんです。エイズ問題をやっている側はコンドームを広めようとしている、ところがその片一方で青少年問題をやっている方は逆に思っている。たとえば、ここの自販機は撤去しなさいとか指導したりするわけです。全く違うベクトルが働いているわけですね。こんなことでいいのかという問題がありますね。いくら頑張っても、知識を普及しても何しても、そういう制度的な矛盾があっては前に進まないわけですね。そういう問題を解決しなくちゃいけない。

また、コンドームを使おうという掛け声をかけ、つけないとこうなるぞという知識を教えても、コンドームの値段が高いという問題がありますよね。地方の子どもたちのお小遣いでは買えない、買わないですよ。買うほど大事に思っていないですからね。だから買えないものを使え使えというのは間違っていると思うんですね。ですから、そういうところをどうやって買えるようにしていくか。これは子どもが考えることじゃなくて大人が考えるべき問題ですね。たとえば学校でコンドームを配ることがダメなら、代わる方法を考えてくれないと子どもたちは結局使えない理由を自己責任にされて、お前が悪いということになっちゃい

ますよね。社会的責任が果たされていない。

もうひとつは、たとえば性感染症になったら治療しましょうなんて言いますが、検査に行けるかというところ6000円とか1万円とかかかるわけですね。1回行ったらもう行かないですね。治療だって保険証使っていくなんていっても親をだまして行くしかないわけですから。それで行けるわけがないですね。だから、知識も身についた、わかったわかったということになって、じゃあ行動を起こせるかということになると、行動を起こす条件を詰めてくれてないので動けないんですね。

いわゆる欧米の対策がひと皮剥けたのはそこなんです。自己決定なんてきれいな事を言いますが、自己決定できる条件が揃っていない社会で、自己決定なんと言うのは、言う側の責任回避ですね。自分がたとえばそういうものに働きかけない部分を自己責任だと言ってしまっただけでいいだろうと思いますよね。そのへんがさっき先生のおっしゃったフィンランドあたりではありますよね、そこらへんです。

橋本 子どもの権利条約の理解とも関わって、思春期の子どもの性と性の自己決定権をどう考えるかと言うことが、今、教育関係者の間でも大きな問題になっています。EUは原則として留保条件なしに完全に子どもの性的自己決定権を認めて、そしてその自己決定能力を形成するために、特に北欧などはあらゆる支援をしようとしているわけです。

日本の中では、法律関係の方は子どもの意見表明権を認めればよいということで、親子関係を密にしてとか、それでやっぱり留保条件をつけてという人が結構いるわけです。自分のやった行為に対して責任を取れない、能力のない人間というのは自己決定権などはないというようなこと

ですね。でも、私たち教育関係の人間にとっては、性行動というのは別に性交するだけではないんですよ。誰かを好きになるとかささまざまな価値観を含めて子どもの性的自己決定権ですから、そのことをやっぱり認めなきゃいけない。

それから、もうひとつ先生がおっしゃったように、私も今度の『セクシュアリティ』9号に北欧のことを書きましたけれど、スウェーデンのように、ずっとスウェーデン性教育協会という民間の団体が力があって、そこだけで250の外来の青少年クリニックを持っているんですね。850万人の国で250ですよ。そこには、もちろん産婦人科のお医者さんも助産婦さんも看護婦さんも、それからカウンセラーもいるわけですね。それで、もちろん守秘義務がありますので親にも知らせませんし、学校とは関係ないんです。そこへ行くと先生たちといろんな性の問題を話して、たとえ13歳でもどうしてもビルが必要だということになれば処方しますし、全部無料です。もし、中絶をしなきゃいけないなんていう話になったときには、相手の男の子に対して、問題の所在を確認できるように彼の責任を含めての指導をずっとやりますし、中絶をしてしまった子に対してもカウンセリングをずっとやるんですね。そういうふうなことを保障されているでしょう。

フィンランドは民間のというよりもかなり行政サイドが強いところでやってきています。自治体の管轄なんですけれど、同じようなものを持っているんです。各地域に青少年クリニックがあって。インターネットでヘルシンキ市のHPに入っていきますとね、そのクリニックのところも出てきます。医師や看護婦のいる曜日や時間帯、電話相談の受付についての案内などが掲載されています。18歳未満の子どもたちはそれを利用するんですけれど、18歳から20

歳の男性のためのクリニックみたいなものがあります。学生は授業料も無料だし、自治会を通して衣料、食費、住宅費などの援助があります。思春期の子どもを含めた青少年の社会的な自立を保障するような全体としてのシステムがあって、そのうえでの性的な自己決定権なんです。

◇社会教育・生涯教育への期待

橋本 私は日本もそういう方向に何とかもっていきなかなと思ってます。『セクシュアリティ』7号の最初の鼎談のところを読みましたらね、長野の先生の話だと保健所でやっていらっしゃるという。全国的に急いでやるとしたら、いちばんいいのは保健所ですかね。お医者さんもいますし、助産婦さんも保健婦さんもいますから。だからそのところに別の窓口でもいいし、何の問題を抱え込んで行っても相談に乗ってくれるという溜まり場みたいなものをもうちょっと作るとかできないでしょうか。あるいは子どもの権利条約実現のために児童館はあちこちに作られていますが、児童館だってそういうコーナーを作れるのではないかな。病院に行ったとか保健所に行ったとかいうのは子どものなかに抵抗がありますよね。児童館に行って、遊びの隣にそんなのがあれば立ち寄るみたいな感じで相談ができるとか、何か工夫があってもいいと思うんです。せめてすぐできるのは保健所かなと思いましたけれどね。

木原 実は、それを今やろうと思っているんです。うまくいくのかどうかはまだ準備段階なのでわからないんですけどね。街角保健室みたいなものがあればということで準備を進めているんですけども。名前は考えますけれども、保健所だけではなくて、場所とかも含めてトレンディーな情報として、あると行きやすいですよ。それをして試してみるつもりで準備をしているんですけ

れどね。それは保健所が中心なんです。ただ、保健所の職員も何をしたらいいのかわからないですよ。以前、ある県でやって思ったのは、保健所の職員はやる気はあるし、自分の地元の現状をよく知っている。だからこういうふうにやればいいんですよっていうような話をすると、すごくやる気を出してくれました。だから、たぶんやり方次第かなというところがありますね。

橋本 やり方次第ですね。保健所の職員の研修とか意識改革がすごく大事ですね。場所とか施設はじゅうぶん持っていますものね。やれると思うんですよ。ヘルシンキ市なんかも結局は家族セクシュアリティ・クリニックみたいになっていて、そこの一角に子どもたちが行くところもあるんですね。それともうひとつは、タイの保健省の方にエイズ予防対策としての取り組みを伺ったときに、コンドームを無料であっちこちに配布していますと言うことでした。それだけというのも問題だと思いましたけれど、でも少なくともホテルでも保健所ででもとにかく人が集まるような所にはただで置いているというのね。それでいくと、お金がそれほどない国でも一生懸命そうやっているわけだから、日本では必要とあった場合に子どもたちにコンドームを、もちろん必要としない子にあげることはないんですけど、無料配布するというようなことは考えられるのかどうか。これはどういう議論が考えられますか？「寝た子を起こす」という意見が出てきますか。

木原 最近やろうとしたんですよ。そうすると途中まではよかったんですけど、たぶん後から恐くなったみたいで、やっぱりできませんということになっちゃいましたね。そこまでは学校ですることではないと。

橋本 もちろん、学校でも何らかの形で取り組む必要がありますが、学校でやれないとすると、さっき言った保健所、それがだめ

ならば学校管轄じゃなくて、もうちょっと社会教育の中で、公民館・児童館など。やっぱり社会教育・生涯教育にあたるような、とくに日本は一応中学校までしか義務教育じゃありませんから、高校以降のところは成人教育に入りますからね。イギリスとかヨーロッパは成人教育というのはみんな継続教育なんですね。だから青年のそういう問題も含めてですから、もし学校教育がダメならやっぱりその充実というところで、そこらへんに公民館だって児童館だってもっと楽しいことをやって、というのはダメでしょうかね。

木原 相当、理解が深まらないと難しいでしょうねえ。コンドームも無料というのは長く続かないですからね。やっぱりある程度のお金を出して買ってもらわなければならないでしょうね。その配布方法も、たとえばNGOでどこかに配るステーションを作って、ということはあるでしょうけど。

橋本 NGOならいいでしょうね。何かシステムを考えたいなあと思うんですけどね。そういうことなら少しやってもいいという人も、どうしたらいいんだろうと思っている方のなかでいると思うんですね。特別な講義とか難しいことを言うことはできないけれど、組織をしたりとかステーションを作るとか、そういうことなら協力するという人、いますよね。そうですか、やっぱりコンドームの無料配布というのは学校はだめですね。90年代初めの頃に、茨城かなんかで講義に来てほしいと言われた産婦人科のお医者さんが高校生に無料でコンドームを配布して実際にそれを使わせて授業をしようとしたらダメということになったということがありましたよね。

木原 今までもコンドームを学校で実際に見せて教育をしているところは、ぼくらが調べた県ではたぶん20-30%なんです。それも実物を使って講義するだけで、なかなか

か本当に練習するまでにはいかないですね。

橋本 9月に西オーストラリアのカーテン工科大学から私の大学にやってきたジェニー・コリンズのワークショップなんか、コンドームのクリエイティブユースというので水を入れたり風船にしたりいろんなことをやって、それから実際にバナナというペニスの模型を使って、そして装着までやるんです。装着の順序等について書かれたカードがあってですね、製造期限をいちばん先に置くのか途中かなんて、非常に具体的でびっくりしましたね。でもそういうことを学校でやってきてすごい効果を挙げているんですものね、あの国はね。だから日本がそれをやらない手はないでしょう、こんな危機が迫っている事態に。

◇これまでの教育に対する評価

木原 それと、日本のエイズ教育の問題は評価をしていないわけですよ。効果があったのかなかったのか、わからぬまま、それを延々と繰り返すということが多いですね。ちょっと新しいことをやるにしても、効果があるのかないのかわからない。

橋本 実践の評価がちゃんとされていないということですね。

木原 そう。そういう努力をやったりしなくちゃいけない。ぼくらは研究者ですので、そういう評価をするんですけれどね。やっぱり評価をしてみると、同じことを教えて、ぼくの経験では高校1年くらいまで行動に反映されるけども、それより上になっちゃうとさほど変わらないとかね。かなりそういう、メッセージに対する感受性が若いほど高いですからね。言い換えればだいたい高2くらいでエイズ教育のピークはあるんですけれども、そこで知識を教えても行動に影響ないだろうというのがぼくらのデータ一からの判断ですね。

橋本 かなり具体的なことを教えたとしても、行動変容を起こすなんていうのは、だいたい高1ぐらいまででおしまいということですね。

木原 ただ、ぼくらがやったのがエイズ教育といっても学校が50分しか認めない、講義が詰まっているからせいぜいあけて50分、そういう条件でやったわけですね。それで半年かけて準備してその地域の情報、その地域の実情ですとか性感染症ですね。日本でなく、その市・県の情報を出して講義するわけですね。で、その学校の性行動調査の結果を出すわけです。事前に調査しますのでそういうデーターを示して、ここの地域ではこうだよ話すわけですね。そうすると、話すなかで身近に感じられてくるわけです。リスクへの感受性が高まるということですよ。

そのうえで今度はいろいろしゃべり合うわけです。ぼくらがやったのはクラミジアと中絶だけに絞り込んで話をするわけですね。あれもこれもというというのを忘れますから。クラミジアと中絶についてビデオを作って具体的に教えるんですね。かなりリアルなグラフィックを使ったものですけど、それが終わったら今度はコンドームの実演もやるんですね。それが15分、15分ですよ。それが終わった2ヵ月後に評価をするわけですね。そうすると、事前評価をやったという知識がないのかを確認しますので、講義のときは時間が短いですから知らない知識だけを集中してやっていくわけです。そして2ヵ月後に見ると、知識が圧倒的に一挙に増えるわけですね。そして今後は使おうかなという態度も高2までは起こる、動いてくれる感じですね。実際の行動になると高1止まりという感じ。その調査ではこういう結果になったわけですけどね。ですから非常に短い授業なんですけれども、かなり行動理論的なインプ

ットをしています。

つまり、授業の前にフォーカス・インタビューをやって、どういう誤解を持っているかとかいうのをまず調べ上げて、それをアンケートに反映させて。そうすればこういう間違いが多いとかわかるわけですから、それを中心的に教えていくわけです。私たちがびっくりしたのは、たとえば避妊方法として、性交の後に空気を吹き込むというのがある、「えっ」と思った。聞けば精子は空気に触れると死ぬとかいう、迷信じゃないけどね。そういうのがわかるとこっちは教える勘どころがわかりますよね。

◇実践をどう広げていくか

橋本 そういう、先生のやっているような実践は普通の教師たちのところにはなかなか広がらないんですね。

木原 そういう講義をしてほしいという要望が来ます。こちらマンパワーの限界がありますので、去年やって今年また別の県でやっと2校。ただその代わりその講義のエッセンスを養護の先生にトレーニングしまして、かなり来ましたね。それを保健室に来た子にやってくれというやり方をしているんですね。それは「保健室プログラム」というやり方ですね。リスクの高い子は来ますので、その子たちに集中的にやるわけですね。予防戦略で言いますと集団戦略というやり方とハイリスク戦略とふたつあるんですね。ですから誰でも構わず教えるという集団的な戦略ととくにリスクが高い子を選んでやるハイリスク戦略の両方を組み合わせないとうまくいかないですね。

橋本 そういうのが普及されるといいですね。ジェニファー・コリズンが、もっともっとオーストラリアの子どもと対話をしなくてはいけないと言っていました。日本は違った意味でそれが大切ですね。日本の子どもたちは何を知らないかの調査から始まって、

もっと丁寧に教育方法を詰めていく必要がありますね。両国の置かれている状況の違いもあるけれど、交流して得るものは大きいです。今先生がおっしゃったような感じの授業を冊子にして普及すれば、やってみようという先生はいると思います。

木原 まだこれから評価をしますので、それで効果があるかないか、もうちょっといろいろ試したいんですね。まだ本当に始めたばかりですので、しかもどうがんばっても45分50分なんですよ。オーストラリアとかアメリカでは何時間も使ってやっていますよね。

橋本 でもそれは外部から先生がいらしているから45分50分だと思うんですけど、性教育で私たち一緒にやっている先生たちは「生まれる」とかその他のことって10時間くらい続けてますよね。要するに教科を持っていたりとか、小学校の先生なんかは自在にできますよね、学級活動の時間とか道徳の時間とかみんなそれに振り当てて丸々3時間ぐらいやっちゃうとか。だからそれを先生が50分とかで何回かやったのをいくつか組み合わせ、これをやればだいたいフルコースだとか、こういう効果があったからこれとこれを組み合わせればできるというのを作っていただければ、それをホームルームを使ったりいろんな形でできますよね。

木原 こういう予防研究というのはアメリカの研究者とオーストラリアの研究者両方いろいろなやっているんですよ。一応向こうの枠組みを吸収しているんですけども、ただ日本にそのままポンといけないものが大きいので、そこはもう日本の仕事をするしかないですよ。それが今あまりにもないので方向が見えないですよ。ここ数年ぐらいでなんとか蓄積していかないと思っていますんですけどね。

橋本 私たちも独自に模索し続けるつもりです

が、実践をしてほしいということであれば、性教育やこういうことに関心があってやろうとする理科や保健の教科を持っている先生たちはいくらでもありますから、最初におっしゃった、予備調査をやってアンケートを作って、そのアンケートの結果でターゲットを決めてその知識を中心に授業をくんでというようなことでやるとすればできると思いますよね。みんなでやれば、時間は短縮できるかもしれないですね。

木原 そうですね。ぼくは本当に評価しようと思うと、たとえば20人手を挙げていただいて20クラスでできるようになったとしますよね。そうすると全員一緒のことをやってしまうと評価できないですよね。それで初めにランダムに二つに分けて、まず一方にこ

の教育をやってもらって一方はやらないと。ただどこっちが終わった後にやってもらうと。そして前後でアンケートをやりますと効果があるのかわからないのかわかるんですね。そういうやり方をやらせていただければ。新しいやり方と従来のやり方の比較をしていかないと、何が効いて何が効かないのかをつかむのは難しいですね。

橋本 学校現場はやっぱり学校現場でいろんなことをやっている人とつながらない限りはなかなか難しいですね。だから、全国のいろいろな先生たちに協力してもらいながら、進めていきましょう。今日は専門的なことをいろいろかがってすごく参考になりました。どうもありがとうございました。

