

特集：母子感染をめぐる諸問題

女性のライフサイクルとジェンダーの視点からの考察

Women's Perspective for Living Positive Sexuality

池上 千寿子

Chizuko IKEGAMI

特定非営利活動法人ぶれいす東京 代表

Executive Director, PLACE Tokyo

川名 奈央子

Naoko KAWANA

APN+共同代表, JaNP+国際担当

Co-chair, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+),
Advocacy Coordinator, Japanese Network of People Living with HIV/AIDS (JaNP+)

「性感染症は女性の問題」という視点

「性感染症 (STD) は女性の問題 (Women's issue) である」、これは 1985 年アトランタで開催された全米 STD 会議 (主催 CDC) のメインテーマであった。じつはこの STD 会議に引き続いて第 1 回国際エイズ会議が CDC と WHO の共催により開催され、筆者 (池上) はその双方に参加した。

全米 STD 会議では、VD (性病) ではなく STD (性感染症) という表現が使用され、そこに含まれる疾患として従来の淋菌感染や梅毒の他にあらたに性器クラミジア、性器ヘルペス、AIDS、子宮頸がん等も加えられており、その数は 20 をこえていた。

1985 年に米国において STD が女性の問題として認知された背景をまとめてみる。

直接的には 10 代の若い女性の間であらたな現象が登場したことである。それは子宮外妊娠の増加であった。その原因は骨盤内感染症 (PID) による卵管の障害であり、それは無症候の性感染症を治療せずに放置した結果と考えられた。そしてその対策として語られていたのは簡便かつ精度の高い検査の開発と検査促進、治療薬の開発だけではなかった。医学的対応はもちろん重要だが、より根本的な対策として「女性のエンパワメント」が不可欠であり、だから「女性の問題」なのだというわけである。言い換えると、STD は感染した女性だけの医療問題ではなく女性全体の課題であり、社会における女性の有り様に関わるという指摘であった。このような指摘に筆者はこの時にはじめ

て出会った。

このような認識を促したもう一つの背景がある。それは、70 年代に米国で 10 代の未婚女性の望まない妊娠が増え、先進国中で最高の妊娠率を示してしまったことである。

なぜこのような事態を招いたのか。

1960 年に米国は経口避妊薬を認可した。ピルは女性が自分で科学的に体をコントロールして生殖を管理できる科学の贈り物といわれ、ピルの服用こそが「新しいすんだ女性の証」とされた。筆者は 1982 年にハワイ大学で避妊方法を問われ「コンドーム」と答えた結果、周囲の男女から同情され慰められた経験がある。「かわいそうに日本の女性は遅れている。まだ男性に頼らざるをえないのか。科学の時代に古めかしいバリアで避妊するのか」と。「とんでもない。自分はいつあるともわからないセックスに対して毎日ホルモン剤を服用して備えることが<すすんでいる>とは思わない。避妊の責任は男もとるべきだ」と答えたのだが相手にされなかった (しかし 3 年後には逆に褒められたものである。「日本は賢かった。男性がまだコンドームを手放していないから (避妊として使用) STD も防げる。日本では戦後助産師が家庭訪問でコンドームを普及させたそうだが、それこそ素晴らしい手法ではないか。日本に学ばねばならない」)。

避妊効率がきわめて高いピルは未婚の 10 代の妊娠・出産という社会問題を解決するはずであった。しかし、科学技術だけでは問題を解決できなかった。実際にはとくに若年女子においてむしろ深刻な事態になってしまったわけである。その要因は単純ではないだろうが、最大の要因は男性が避妊の責任を放棄し「女性が解決すべき問題」としてしまったことだろう。自分の意志と経済力でピルを選択し

著者連絡先：池上千寿子 (〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 4-22-46-304 特定非営利活動法人ぶれいす東京)

2007 年 2 月 9 日受付

服用できる大人はともかく、若い女子にその力はなく保護者の理解（処方同意が必要）もなければ女子は無防備なままなのだ。その上、男子が「愛しているならピル&セックスを」とプレッシャーをかければ「嫌われたくないために服用しているフリをする」こともおきてくる。性に関わることは、個人のレベルだけではすまない、関係性がからみ、男女であればジェンダーも絡んでくる。

女性の vulnerability とは

そして、あらたに無症候の STD が出現した。これが男性より女性にいったん深刻な影響を与えること（女性の vulnerability）について3つの要因が指摘された。生物学的要因、社会・経済的要因、文化的要因である。

生物学的要因は、男女の膣性交においてウイルス濃度の濃い精液に接する膣粘膜が広く精液を容易に排除できないこと等により、女性から男性への感染率よりも男性から女性への感染率のほうが数倍高いと考えられた。社会・経済的要因は、一般的に女性が男性よりも社会・経済的に弱い立場にあること。したがって情報やケアを含むサービスへのアクセスが悪くなるし、健康リスクの高い状況におこまれやすい。文化的要因はジェンダーといかえでもよい。男女の性関係において女性は性的健康を主導する立場をとりにくいことである。性規範の二重基準（性について期待される役割や規範が男女でちがうこと）が女性をよりリスクな立場においやる。男性の婚前・婚外の性行為には寛容だが女性には不寛容である社会では、婚前には性行為はしないし、結婚後は夫とだけしか性行為をしないいわゆる貞淑な妻がもっとも HIV 感染リスクが高くなる。この事態を称して「女性の最大のリスク行動は結婚だ」といった専門家がいますが、これは男性にはあてはまらない。

一般的に感染症は社会的弱者にしわ寄せされ、国際的には南北問題になってゆくのだが、男女の性関係での弱者（あるいは弱い立場が期待されている性）は女性である。女性はそのために、性の健康リスクへの予防を実行しにくくケアにも遠くなる。このことは強姦事例において予防の失敗で非難されるのは被害者の女性であり、ケアが必要にもかかわらず社会的にスティグマを貼られて終わるという古典的対応が象徴的に示している。性感染の予防という点に絞れば、具体的には、性に関する正しい知識を提供し、予防方法を具体的に示し、性関係において予防行動をとれるように支援することがエンパワメントなのだが、そのためには女性の vulnerability を少しでも解消していくという環境整備が必要なのである。

UNAIDS はもう一歩ふみこんで 2000 年の標語を「Men Make a Difference」とした。性の二重基準（男性は性的に活発なことが誇らしい）がまずもって男性を感染リスクにさ

らし、そこから女性と子どもへと広げるのであるから、性的パワーの発揮すなわち「男らしい」という価値観を性的健康への配慮と実行に転換していこう、ジェンダーをみなおそうという意味である。

しかし、このような視点は社会的には認識されにくい。性感染といえば短絡的に売春婦の問題であり売買春が諸悪の根源と断定されてしまいがちである。そのために女性問題を中心テーマとする組織の多くは、国際的にも日本でも性感染症や HIV 感染について最近まで関心を示さなかった。ここにまた根の深い課題がある。性と生殖の健康と権利にとりこんできた国際家族計画連盟 (IPPF) が HIV コミュニティーとの分断を続けてはならないと宣言したのは 2005 年なのである。

日本においては、1987 年に初の女性エイズ患者が売春婦と報道されその遺影が盗み撮りされて公表された。血液製剤で感染した男性のパートナーであった女性陽性者が妊娠し出産を希望しているという事例が公表され「生むな」という識者の意見が新聞で紹介されたという経緯もある。初の女性エイズ患者は売春者ではなかったのだが、社会的には「ガイジンが売春街にエイズを持ち込み、売春婦が日本社会へエイズを広げる」という性感染の古典的図式が示され、女性が自らの子どもに害を及ぼすのはけしからぬ、という社会的態度も示されたといえる。

女性のライフサイクルと妊娠出産

現在に生きる日本女性のライフサイクルを見てみよう。出世時の平均余命は世界一で 87 年。初経は身長 140 cm 体重 40 kg に達した頃とされ小学校高学年、閉経は 45-53 歳、生殖期間は 40 年前後だが出産適齢期は 18-40 歳頃で人生 80 年のうちの 20 年程度。その期間での合計特殊出生率は 1.25 (1971 年には 2.16 であったから急激な減少)。初経から出産までは平均して 15 年くらい。晩婚化と未婚化が進み人口問題研究所によると現在 20 歳前後の女性の 6 人に 1 人は結婚せず 30% は子どもを生まないと想定している。

ちなみに戦前の日本女性は 15-16 歳で初経を向かえ、性行動の開始と結婚はほぼ同じ時期であり、それから妊娠・出産・授乳を繰り返し、閉経頃に死亡（平均寿命 50 年）であった。戦前の女性が生涯に経験する月経数は 40-50 回であったが現在はその 10 倍である。かつて女性のライフサイクルはたしかに妊娠出産が主軸であっただろう。性行動と妊娠出産期間はほぼ重なっていただろう。

しかし現在はちがう。女性のライフサイクルは男性より長く、生殖期間はその 50% 以下であり、しかも実際に生殖に費やすのはごく短期間で、性的に活発な期間は生殖期間の 2 倍以上である。

このようなライフサイクルをもつ女性の性的健康を生涯

にわたっていかに維持し促進するかという視点、そのような視野の中での母子感染という位置づけが不可欠だろう。

まずは、自分のからだ（性的なしくみや機能）のことをよく理解し、自分のからだを大事にしながら人間関係を育み、自立し、特定の関係の中で親になること（妊娠、出産、子育て）とそのタイミングを選択し、子を産んだ場合は子育ての後すみやかに子離れをし、よりヘルシーな関係の中で人生をまっとうする。

多くの女性はこうありたいと思っているだろう。男性だって同じだろう。しかし実行はなかなか困難だろう。そこには個人に帰する要因もあれば社会やジェンダーに帰する要因もある。そこに気づけば社会的課題がわかるだろう。

母子感染予防は母親の「加害」を防ぐため？

しかし、日本において女性とエイズという文脈では母子感染予防対策しかみえてこない。しかもその目的は、女性の予防よりも感染児童をいかに減らすかに絞られているように見える。日本ユニセフ協会は2006年5月23日のシンポジウム「エイズは、大人だけの問題じゃない」～子ども達をHIV/エイズの脅威から守るために～を開催するにあたり駅貼りのポスターを作成した。臨月近いような妊婦の写真に「母が子の加害者になる。それが、エイズの現実です。」というメインコピーが大書してあった。子どもは社会的弱者であり感染症の影響を深刻にうけることはいまでもない。子どもとエイズに係る国際的課題は予防だけではなくエイズ孤児への支援対策である。エイズ孤児とは「両親又は片親をエイズで失った15歳以下の子ども」であり、その中に感染児童ももちろんいるが多数派は未感染の児童であり、いずれにせよその子どもたちへの社会的な養育支援が不十分なことが国際的に問われている。にもかかわらずポスターでは、母子感染だけが強調され、しかも母親がわが子の「加害者になる」という表現が使われる（ユニセフは加害者という表現を使用しない。これは日本ユニセフの表現であり、抗議したところ「関心をひくための表現」との回答だった）。

日本では血液製剤による血友病患者のHIV感染が社会・政治問題になった。血友病は母親がもつ因子が息子にうつがれた場合だけに発症する伴性遺伝疾患であり、優生保護法の時代には人工妊娠中絶の医学的事由でもあった。そのためわが子の疾患が自分由来であることを知った母親は罪悪感に苦しむ。彼女にとっても子にとってもその関係においても必要なのは「母が加害者である」というさらなる社会的レッテルではないだろう。この表現がHIV陽性女性だけでなく女性全体そして社会に否定的影響を与えてしまう、それについての配慮がここにはない。

性感染にはジェンダーが関係してくる。しかし母子感染

は「母親だけが加害者」扱いされ、その加害を食い止めるために、そもそもの女性の感染予防の勧めではなく妊婦だけの検査が推奨される。UNAIDSの「HIVと人権ガイドライン」では自発的意志を尊重されない集団検査や強制検査は排除されている。しかし妊婦という集団は例外となりやすい。情報提供やカウンセリングのないルーティン検査が導入されやすい。その根拠はとにかく陽性妊婦を発見して母子感染予防の処置を効率よく施すためである。妊婦は集団として把握しやすいし母子感染率をさげる医学的コントロールが可能になった現在、妊婦の全数検査をいかに促進するかが語られる。

母子感染の予防が重要であることは論をまたない。もとよりそれは当事者である女性の願いであろう。医療や薬開発によって母子感染率が低減することは素晴らしいことである。しかし、だからといって妊婦スクリーニングだけが推進されるだけでいいのだろうか、というのが筆者の懸念である。

このプロセスで見失われているのはなにか。

妊娠は女性が単独でなしうることではない。相手の男性がいる。しかし母子感染予防の文脈で男性（父親）はどこにもでてこない。検査対象は妊婦だけである。感染がわからなければそのまま。感染がわかれば可能な処置をする。抗ウイルス剤がなかったとき、その処置は中絶のすすめであった。抗ウイルス剤が登場してからは、その処方感染した成人への処方基準というより母子感染率を下げることを主眼に決められ、出産方法もしかりである。

たとえば妊娠初期にクラミジアを発見して治療したが妊娠後期に再感染している例があるが、このようなケースはフォローされない。一生ウイルスとつきあう女性の全体的な治療プロトコルと対立しかねない母子感染予防治療であってもそれが優先される。検査は陽性妊婦の「発見」が最大課題であるので発見した後のカウンセリングやサポートは「別問題」とされがちである。女性の感染予防への介入や出産後の母子のケアは後回しである。

女性のvulnerabilityを放置したままでは、女性は「健康な子を生むための存在」でしかないのかと疑いたくなる。この原稿を書いている時、柳沢厚生労働大臣の「女性は子どもを産む機械」発言がとびだしてしまった。「病気の無い子を産む機械でしょ」とつっこみたくなる。

日本のテレビドラマ「神様もう少しだけ」(1998)において、援助交際でHIVに感染した若い女性が恋人と結婚して出産し、「母子感染はしていませんでしたよ」との報をうけた直後わが子を抱いて夫の腕の中で死ぬ（しかもウェディングドレスで！）、という展開はじつに象徴的である。女子の性感染は援助交際が原因で（自業自得で）、感染した女性は健康な赤ちゃんを命を引き換えにするのである。そ

れが社会にうけいられやすいドラマであり、HIVに性感染した肝っ玉かあさんの豪快子育人生ではないのだろう。

女性陽性者からみた現状と課題

1994年、ぶれいす東京は発足と同時に陽性者が安心して集れる場所(ネスト)を都内に確保した。そして毎週1日を「女性陽性者だけが安心して集い語り合える日」としスタッフも女性だけとした。しかしそれから2年間、女性陽性者は一人もこなかった。個別に女性陽性者と会っても「家事育児に忙しいからでられない」「感染のことを周囲に伝えていないし留守番を頼めない」「他の女性と会いたいが怖い」などであった。

1996年アジアで女性陽性者の会を結成するので日本からも参加をといわれ呼びかけたが「日本でなんの活動もしていないのに出られません」との返事ばかり、やむなく筆者がマニラでの初会合に出席し、その報告会をするということで、ようやく女性たちが集った。そしておどろいた。とにかく彼女たちは正確かつ適切な情報を持っていなかった。母子感染はほぼ100%といわれ中絶した人、生んだらあなたが危ないといわれて中絶した人、夫の強力な意志で出産はしたが赤ちゃんと自分の洗濯物をわけキスをためらい夫のいうセーフターセックスだけを鵜呑みにしていた人、恋人がいるのでセックスについて聞いたら「する気なのか」と医師に怒られた人... 母子感染率はなにもしなくても30%、洗濯なんか一緒に平気、キスもOK、セーフターセックスとはね... こんな話でもりあがり、女性たちはいかに情報のないまま孤立しているのかを知らされた。これではいけない、育児も家事も忘れて語り合おうと1泊2日の託児つき温泉旅行を企画した。

そしてこの一泊旅行から誕生したのが「女性のためのSafer Sex Guide」である。そもそも女性陽性者に手渡そうと作成したのだが、HIVの有無にかかわらずすべての女性に必要な欠けている情報であることに気づいて「女性のための」となった。原稿、イラスト、デザインすべて女性たちによる手作りだった。

それから10年、日本では妊婦のHIVスクリーニング受検率95%、処置後の母子感染率1%以下という数値が報告される。医学的には大変化だが女性たちの状況は変わったのだろうか。最近でさえ、母親は陽性、子は陰性でも周囲に母親の陽性が知られたために子の入園でクレームがつき転居を余儀なくされた例がある。ぶれいす東京の相談窓口から気づいた点をあげる。

- 1 予防の具体的情報が不足している。とくに女子中高生の性行為だけが非難の対象にされがちで性の健康に関する具体的情報を制限する方向にある。
- 2 妊婦スクリーニング検査に十分な情報提供やケアが

伴っていない。妊婦はとくに擬陽性率が高いがそのフォローは十分ではない。

- 3 陽性女性をうけいれる産科が限られている。
- 4 陽性女性について婦人科との連携が不十分である。陽性女性の多くはHPVの情報ももっていない。
- 5 陽性女性の妊娠、出産、子育てについて相談・支援窓口が無い。
- 6 陽性女性は医療でも地域でも孤立している。仲間とあえない。情報がない。感染後の生活設計についての支援がない。

以上の課題を少しでも改善することを視野にいれた母子感染予防対策を構築してほしい。

最後に、10年前の一泊旅行に幼児を抱いて参加し、現在は日本とアジアの陽性者ネットワークで大活躍をしている川名奈央子さんに当事者の立場からまとめていただいた。

「赤ちゃんができれば自然分娩で産みたいな」最近、知り合ったポジティブの女性が私に言った。「そうしたらいいんじゃない?」と答えた私だったが、いろいろな人と話をしていくうちに、少なくとも現在の日本では、HIV陽性者は帝王切開でしか出産できないということがわかってびっくりした。

ある会議で出会った医師は「子供へ感染しない確率がより高いなら、当然、帝王切開を選ぶべきではないか」と言っていた。もちろん、これは正論だと思う。子供に感染してもよいと思う親はいない。とは言っても、それしか選択肢がないというもおかしな話では? アメリカなどですでに行われているように、私たちも自然分娩で産むことを選べていいはずなのに。

これは、私が女性とHIVに関する取り組みに対して感じてきた「違和感」のひとつである。私たちはこれまで自分で選ぶということよりも、提供される限られたサービスをありがたく受け取る、といった立場におかれてきたように思う。

これは結局、日本では女性の性と生殖の権利と健康が、HIVにおいては母子感染予防のみに限られていたことにもよると思う。そして、そこに陽性者である私たちの声はほとんど反映されてこなかった。この考え方の基本にあるのは、HIVを持っている女性は、①まずセックスをするべきではない、②ましてや妊娠など考えるべきではない、③万が一、妊娠して出産を希望する場合は、母親である女性の意思よりも、とにかく子供への感染予防を優先するのが道徳的に正しい、というものである。

私の被害妄想なのかもしれない。でも、病院でセーフターセックスのことをきいたら、「えっ、セックスす

るつもりなんですか?!」的な態度をとられたり、妊娠に関する情報の提供がほとんどなかったり、妊婦検査で陽性がわかったときに出産支援に消極的な態度をとられたりしたという、同じポジティブの女性たちの体験談をきいていると、そう思わざるを得ない気もする。

私自身、HIVとけっこう長く生きてきたから、セーファーセックスのことや、妊娠のことなど、頭では理解しているつもりである。でも、個人のレベルでは、つまり、好きな人ができたときには、セックスすることに対してとまどいや罪悪感を覚えたり、この人の子供を産めないのかもしれないなあなど考えたりしてしまふ自分に気づく。振り返ってみると、ポジティブとわかるまで性と生殖の健康と権利なんてとくに意識したことはなかった。当然、保障されていて、享受でき

るものだと考えていたのかもしれない。でも、今、少なくとも私たちポジティブの女性はそうではないし、HIV陽性であろうとなかろうと、女性に関してもそうではないのかもしれないと感じ始めている。

セックスは語るよりするほうがずっといいとこれまで思ってきたけれど、いいセックスをするには私たち自身はもちろん、医療従事者、行政関係者などHIVに関わる全ての人々が、セックス、性をもっと語らなければならないのかもしれない。そして、いい性を生きることが幸せに生きることにつながるのだから、HIV陽性であってもなくても、女性が自分の人生をいかにハッピーに生きられるかという文脈で、性と生殖の健康と権利が語られなければならないと思う。