

また、セルフヘルプ・グループは社会運動のひとつとしても論じられている (katz, 1981)。アメリカでは 1960 年代から 1970 年代にかけて、AA や女性などによる当事者運動が盛んになり、その始まりにセルフヘルプ・グループの存在をみる。田尾によれば、「その運動が内部に転じて仲間であることの意識を強化するほど、さらに強固なコミュニティを構築するに至る」とし、「従来の集団では(家族を含めて)、適応できなかつたり不都合を感じていた人にとって、このコミュニティは安らぎの場を与えることができる。この社会の激しい変化についていけない人にとって緩衝剂的な働きをするのである疎外感の強かった人には、サブカルチャーの場を提供して、もう一つの生き方の選択肢があるということを提示できる。実際に、もう一つのコミュニティとして構築されることがあり、それはコミュニオンと呼ばれる」という。「この社会から逸脱せざるを得ない、あるいはスティグマを付与された人たちの集団や、社会的に隔離された人たちがこの社会への再適応を促すために、互いが支え合う」とされ、「社会的に困難を抱えた人たちは、これによって施療、つまりこの場合、社会化の効果を高めることができる」という(田尾, 2007, p43)。

そのうえで、田尾はカウンターカルチャーとしての性格を指摘している。セルフヘルプ・グループは、「互いに依存しながら新たな考え方、そして生き方を模索する人たちを惹きつけるのである。その人たちは特異的であることもある。しかし、異端というほど極端ではなく、この社会の主流をなす考えに対して特異ということである」とし、「具体的にいえば、この社会の主流的な成行きに対して対抗的な立場を確保したいという人たちであり、小集団を活用してビュロクラシーに対抗するカウンターカルチャー的な含みがある」という(田尾, 2007, p44)。

このような多岐にわたるセルフヘルプ・グループの働きについて、katz&Bender(1976a)は4つの区分で整理している。

- (1) 自己実現、あるいはそれに向けて互いを支援するセルフヘルプ・グループである。不足するところを補い合って、より幸せな生活に至るように意図された集団である。
- (2) アドボカシー、あるいは代言的、つまり、だれかを支援するための仕掛けとして働く集団である。それが大きな影響力をもつように意図すれば社会運動になる。
- (3) カウンターカルチャーとしてのセルフヘルプである。少数者が独自のカルチャーの可能性を探求するための集団である。
- (4) 従来からもっとも一般的に考えられてきたシェルター的なセルフヘルプ・グループである。アウトカースト(この社会からの外れもの)からの復帰を狙った、社会的な健康さを取り戻すための集まりである。

これらの定義は共通するところとしないところもあるが、要するにセルフヘルプ・グループの参加者は対等であり、共通の課題を抱え、自発的に互いを支え合う行動をとるということであろう。

## 6. 「ゲイコミュニティ」について

本研究では、ゲイコミュニティという概念を用いている。そもそもゲイコミュニティとはどのようなものなのだろうか。ゲイコミュニティという用語は、国や法律、行政組織、会社な

どの公的枠組みによって定義づけられている存在ではなく、また学術的用語として形成されたものではない。本稿では、このゲイコミュニティ概念について確認をしておくこととする。

市川誠一は「ゲイ・コミュニティという言葉は、男性同性愛者の生活共同体(地域)が存在するかのような連想を起こさせるが、わが国にはそのような意味でのゲイ・コミュニティは見当たらない。男性同性愛者同士が集い、語らう場としては、バー、クラブなどの商業施設、あるいはサークルやインターネットなどが利用されている。これらの場を通じて情報交換や交流が行われていることから、私たちはこれらの場をゲイ・コミュニティととらえている」と述べ、「男性同性愛者当事者が集い、語らう場」として、ゲイコミュニティの物理的側面に主に注目をしながら説明を試みている(市川, 2006)。しかし、市川はインターネット上にもゲイコミュニティが成立していることを認めてもおり、物理的側面のみでそれを説明できているわけではない。これまでも「ゲイコミュニティとは何か」という問いを立てて論じている先行研究もあるが、ゲイコミュニティの概念そのものについて説明することはせずに、「ゲイコミュニティ」について当事者たちの語り方の検討などに留まり、結果としてゲイコミュニティそのものの説明は避けられたままとなっている(例えば、森山, 2009)。

本稿はそもそもゲイコミュニティ概念の研究を目的としたものではないので、この概念がいつ誕生し、どのように用いられてきたのかを論じることに主な関心はない。しかし、男性同性愛者に対する HIV の問題が、なぜさまざまな困難性を抱えているのかを論じていくにあたって、ゲイコミュニティの性格を説明しておくという試みを行う必要があるだろう。

まず、ゲイコミュニティの特徴についてみていくことにしたい。

ゲイコミュニティに確認されるひとつの特徴は、ゲイコミュニティはインフォーマルな存在であるということである。国や行政、会社といったいわゆるフォーマルな存在と比較したとき、ゲイコミュニティはインフォーマルな存在であり、インフォーマルな要素によって成立しているといえる。フォーマルな領域では、一般的に公的な権利・義務や社会的地位といった公的価値を明確にし、そこに重要な価値を見出す。しかし、インフォーマルな存在であるゲイコミュニティにおいては、フォーマルな領域における形式上の価値は影を潜め、「おたがいさま」・「たすけあい」といった私的価値によって支配されている。

ゲイコミュニティは、同性愛者自身が社会的差別偏見のもとにある結果として、異性愛を中心とした社会に対しての不信感を有しており、とくに公的な領域への疑心感情を強く有している。

もうひとつの特徴は、ゲイコミュニティは性的指向に関連する共通の体験に基づく感情や情報、考え方を共有している意識をもつ構成員、すなわち男性同性愛者の当事者の意識によって主に構成されている閉じられたコミュニティであるということである。閉じられたコミュニティであるということは、当事者ではない者がそのコミュニティの中に入ろうとしたり、居場所を求めようとすると、そのコミュニティの本質的な構成員である当事者から反感を買ったり、居心地の悪さを覚えたりする。また、意識上のコミュニティであることから、その共通の意識を有した当事者同士であれば、たとえ初めて会った者であっても成立しうる。

ゲイコミュニティは本来的に社会からは隠されている存在であり、一般には不可視の存

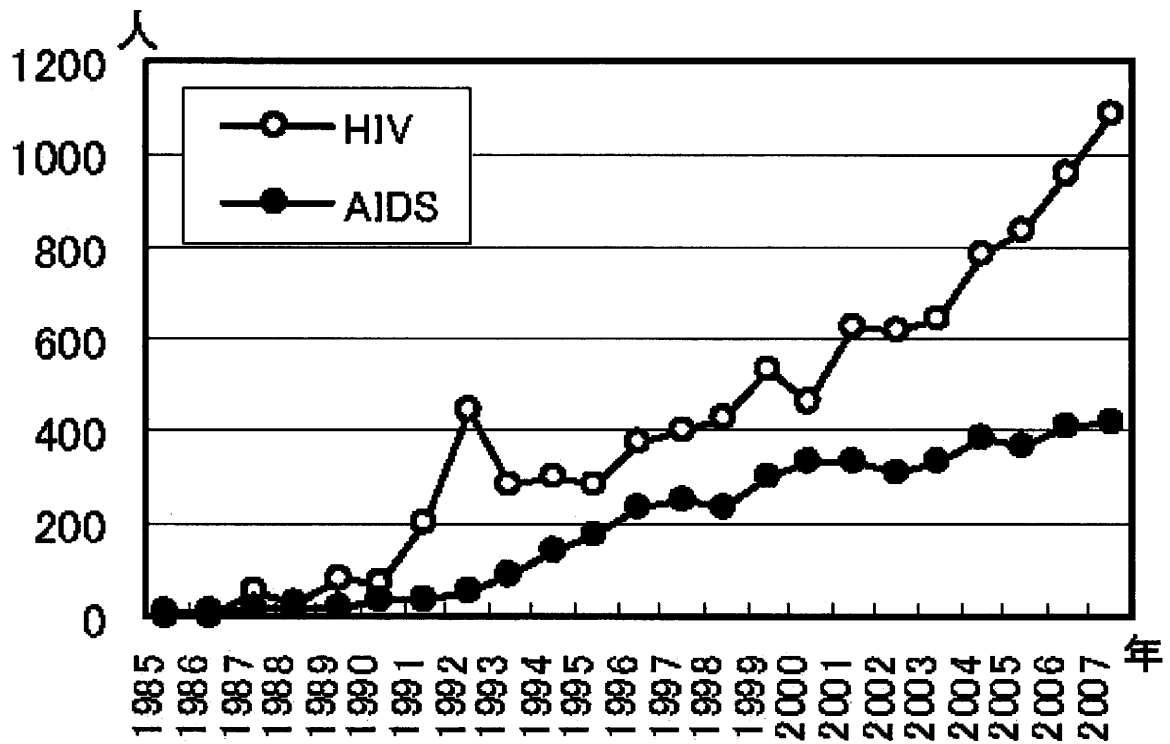
在である。構成員である当事者にとって、異性愛を中心とした社会や家族から隠れたり、逃げ込む場所となっており、孤立感を解消し、社会的差別・偏見のもとにある日常生活から自己を解放する特別な存在でもある。

このような特徴を有しているゲイコミュニティは、男性同性愛者自身による相互扶助としての性格をもって形成されたセルフヘルプ・グループの集積体として考えた方が理解しやすいだろう。なおセルフヘルプ・グループや当事者組織とは、一般的には「共通の問題(病気や困難)を抱える人々により統治される自発的な集団で、体験的知識によって問題の相互依存、相互解決をはかろうとする集団」(Borkman, 1990)と定義され、「すべてのメンバーは等しい立場にある」ことが特徴とされる(Moeller, 1983)。

ゲイコミュニティとは、「社会的差別偏見のもとにある男性同性愛者の当事者によって形成された、セルフヘルプ・グループの集積体」として仮に定義しておく。なぜ、集積体としているのかといえば、ゲイコミュニティは決して一枚岩ではなく、その内側にさまざまな異なった存在を内包しているからである。それは例えばひとつのゲイバーに集う人々であったり、同じハッテン場に通う人々や、あるインターネット上の掲示板のうえだけの関係性であったりする。しかし、それぞれにセルフヘルプ・グループとしての特徴がみられる。ゲイコミュニティとは、このような男性同性愛者であるという共通の体験的な知識をもとに、さらにそれぞれが異なるセルフヘルプ・グループが集積し、形成されているのである。

グラフ1

HIV感染者及びAIDS患者報告数の年次推移



グラフ2

日本国籍男性HIV感染者の感染経路別年次推移

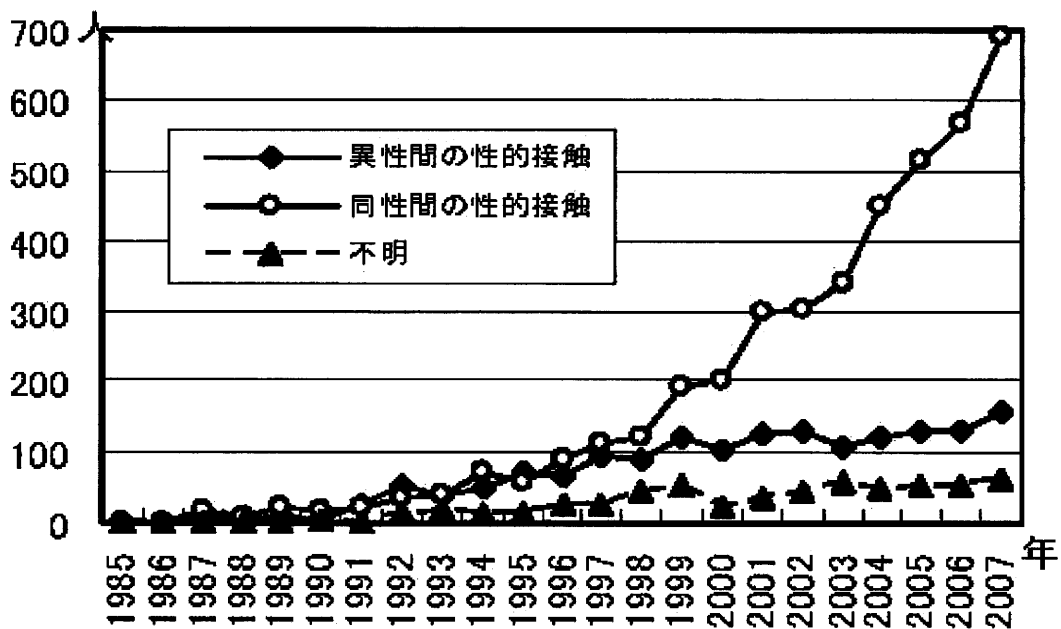


表1

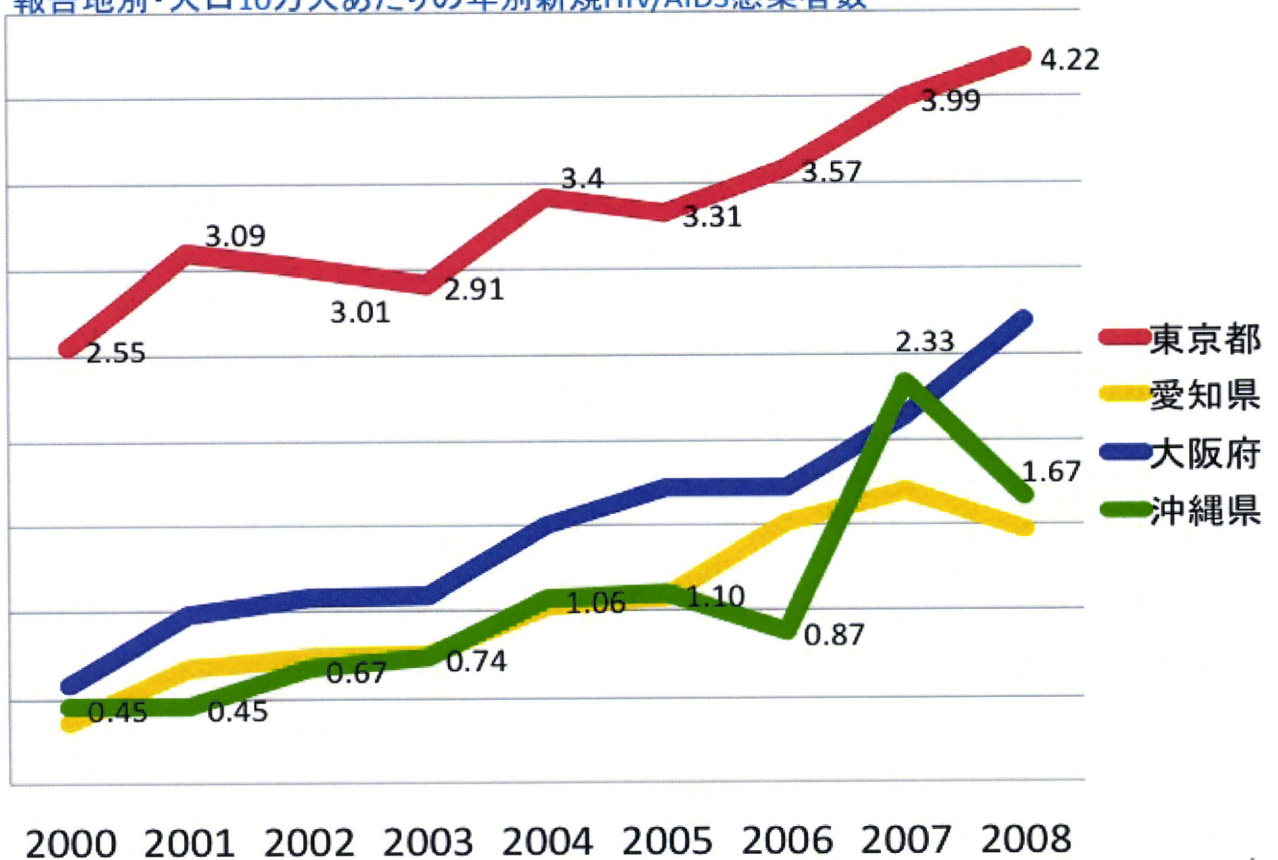
## 都道府県別人口10万人あたりのHIV/AIDS報告者数

厚生労働省エイズ動向委員会公表値をもとに算出

	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
北海道	0.158365	0.105652	0.21164	0.212052	0.283487	0.355383	0.499911	0.412926	0.487805	0.617396
青森県	0	0.339213	0.068074	0.136799	0.275482	0.626454	0.421644	0.284293	0.502874	0.507614
岩手県	0.070612	0.212314	0.21322	0.21398	0	0.2888	0.290909	0.366569	0.369822	0.298507
宮城県	0.126833	0.210881	0.33741	0.294985	0.590468	0.466059	0.636943	0.681721	0.555556	0.385274
秋田県	0	0.168919	0.255102	0.257069	0.172563	0.174596	0.176367	0.624442	0.090253	0.182482
山形県	0.160753	0.16116	0.080972	0.406504	0.163532	0.082225	0.331126	0.33389	0.3367	0.072635
福島県	0.23508	0.470588	0.141509	0.141978	0.189934	0.14345	0.432692	0.387034	0.292398	0.362582
茨城県	1.473703	0.935829	1.137124	1.10331	0.869856	0.974735	1.144011	0.673627	0.607287	1.791045
栃木県	1.197117	0.845771	0.696517	0.895077	0.794834	0.793402	1.885856	1.042701	0.99453	0.770548
群馬県	0.54325	0.393895	0.984252	0.786627	0.442696	0.741057	0.593765	0.94246	0.795229	1.277372
埼玉県	0.475641	0.515907	0.399943	0.426803	0.581808	0.552859	0.466695	0.493653	0.576409	0.504909
千葉県	1.029313	0.988606	0.700701	0.697211	0.927306	0.825564	0.823181	0.934733	0.914734	0.863333
東京都	2.553029	3.09771	3.011703	2.916328	3.320407	3.315681	3.578482	3.997492	4.229631	3.652471
神奈川県	0.730273	0.968495	0.8	0.989985	0.939075	0.78484	0.883352	1.081081	1.031737	0.905736
新潟県	0.242352	0.080873	0.081136	0.162602	0.326264	0.16451	0.289495	0.08316	0.250941	0.252313
富山県	0.267654	0.178412	0.446828	0.089526	0.179051	0.62965	0.27027	0.271248	0.181653	0.365297
石川県	0.169351	0.338409	0.169492	0.169492	0.424088	0.511062	0.682594	0.598291	1.027397	0.515021
福井県	0.361906	0.120482	0.362319	0.604595	0.242424	0.121715	0.3663	0.490196	0.369458	0
山梨県	0.675545	1.123596	1.124859	0.563698	1.015801	0.452225	0.795455	0.570125	0.344432	0.922722
長野県	0.722293	0.989654	1.12765	0.857788	1.763908	0.9107	1.23344	0.642202	0.644864	0.509495
岐阜県	0.332116	0.189484	0.284225	0.236855	0.14218	0.569469	0.712589	0.855513	0.571429	0.764818
静岡県	0.583958	0.687649	0.449023	0.632745	0.816864	0.975641	0.948117	0.973428	0.815789	0.685654
愛知県	0.354947	0.677296	0.744069	0.754401	1.001112	1.075164	1.5052	1.69837	1.472376	1.159342
三重県	0.646086	0.59108	0.268673	0.429646	0.429185	0.749881	0.694074	0.959488	0.586667	0.320856
滋賀県	0.074469	0.369549	0.515085	0.585652	0.437318	0.507114	0.575954	0.644699	0.784593	0.640569
京都府	0.302527	0.302343	0.340651	0.605831	0.90978	0.45323	1.17291	0.948767	0.988969	0.877193
大阪府	0.579211	0.986618	1.077708	1.088929	1.497617	1.72391	1.724334	2.133454	2.702703	2.647426
兵庫県	0.306275	0.359002	0.304769	0.358102	0.465366	0.465066	0.858676	0.662015	0.733978	0.770195
奈良県	0.20793	0.416089	0.208623	0.696379	0.55905	0.422146	0.918079	0.70922	0.2849	1.000715
和歌山県	0.467328	0.375235	0.282752	0.568182	0.380952	0.868752	0.097276	0.981354	0.494071	0.59761
鳥取県	0	0	0.163399	0.163666	0	0.329483	0.496689	0.166667	0.168067	0.676819
島根県	0	0	0	0.132802	0.133511	0.404191	0.27137	0	0	0
岡山県	0.153781	0.256016	0.256016	0.30722	0.358607	0.613101	0.409207	0.512033	1.078029	0.61792
広島県	0.173677	0.104203	0.138985	0.347464	0.694927	0.521441	0.382609	0.730943	0.766818	1.117709
山口県	0.065447	0.19685	0.065876	0.066138	0.132979	0.200991	0.337154	0.407056	0.615174	0.4811
徳島県	0	0	0.121951	0.367197	0.369004	0.246929	0	0.375	0.251889	0.506971
香川県	0.195524	0.195695	0.29383	0	0.687623	0.493876	0.49554	0.497018	1.09671	0.2002
愛媛県	0.535801	0.469484	0.471063	0.606878	0.338524	0.340642	0.479452	0.757576	0.623269	0.139276
高知県	0	0.246002	0	0.247831	0.498132	0.251164	0.380228	0.767263	0.388098	0.391645
福岡県	0.139562	0.258347	0.277613	0.257375	0.336101	0.59407	0.75188	0.712025	0.811239	1.128043
佐賀県	0.11407	0.114155	0.114416	0.114679	0	0.230849	0	0.116414	0.350467	0.586854
長崎県	0	0.132188	0.066357	0.199867	0.200669	0.06763	0.068213	0.344116	0.486111	0.629371
熊本県	0.161347	0.268817	0.053821	0.215633	0.269978	0.325692	0.326797	0.601751	0.658979	0.937155
大分県	0.163781	0	0.164069	0.246305	0.493827	0.330696	0.082919	0.166251	0.5	0.41841
宮崎県	0	0.171086	0.257069	0.171821	0.258176	0.60709	0.261324	0.349956	0.088028	0.265018
鹿児島県	0.167955	0.11217	0.056211	0.28169	0.339175	0.285196	0.286862	0.520231	0.52417	0.58548
沖縄県	0.455159	0.451467	0.672143	0.74129	1.030169	1.10165	0.877193	2.330663	1.671512	1.591896

報告地別・人口10万人あたりの年別新規HIV/AIDS感染者数

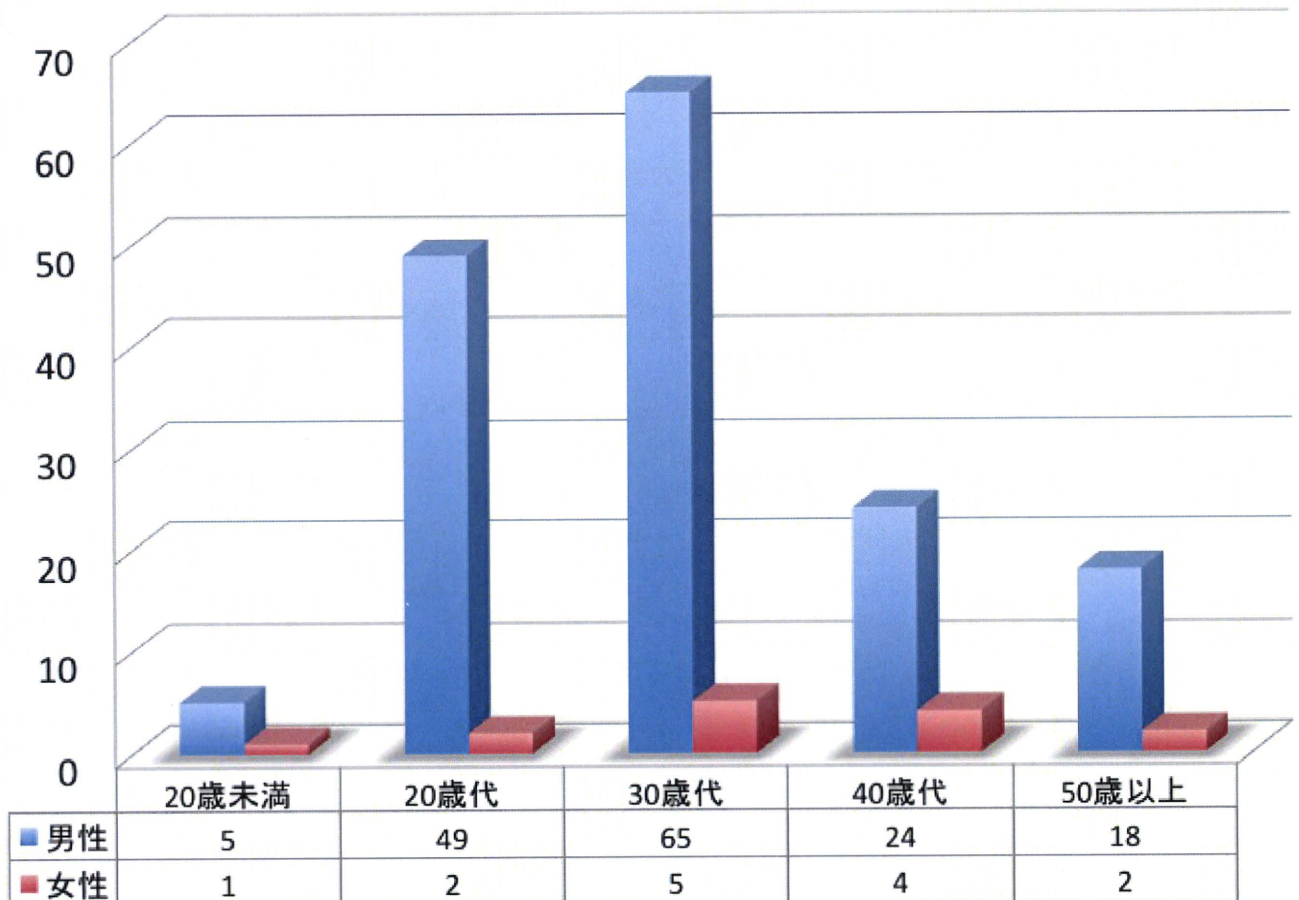
グラフ3



厚生労働省エイズ動向委員会報告数をもとに算出

グラフ4

沖縄県年齢別・男女別報告内訳



出典：沖縄県感染症情報センター公表数(2009年12月27日現在)

## <第一章>男性同性愛者の HIV/AIDS 問題をめぐるこれまでの議論

### 第 1 節. 海外の動向

#### 1. 北米における動向

HIV/AIDS と男性同性愛者についての研究は、北米におけるこれまでの経験と研究が、その量と質によって他の地域を圧倒している。ここでは北米における男性同性愛者と HIV/AIDS について、主に David J. Brenman と Winston Husbands による業績と「Encyclopedia of Social Work」から要約し、確認しておきたい。

カナダ・トロント大学ソーシャルワーク学部准教授 David J. Brenman, MSW, Ph. D. とトロント・エイズ研究プログラム開発機関の責任者である Winston Husbands, Ph. D. (David J. Brenman and Winston Husbands, 2010) によれば、北米では、HIV/AIDS の感染爆発 (pandemic) の早い段階から、男性同性愛者は HIV/AIDS との戦いの前面にいたという。1980 年代の初めから中頃、すなわち HIV 感染爆発初期、男性同性愛者に対して、行政、教育、家族、そして教会からのサポートはほとんど無かったという。そこで当事者らは、当時、仲間に対して、この奇妙な病気についての情報を提供していたという。当事者は HIV 感染爆発の早い段階から、地域において草の根の活動を行い、仲間同士でリスクのある性行為行動を減少させたという。具体的には彼らはワークショップや小さなパーティを開催し、ゲイコミュニティの文脈にあり自然なセーフセックスの方法を浸透させていったという。同性愛者にとって HIV 感染は死や差別に直面する状況にあった。彼らは大きな政府機関や医療、公衆衛生、社会サービスに積極的に従事することで、HIV 感染の同性愛者の必要なサービスへのアクセスが認められるよう大規模な制度変革をアドボケイトし、ゲイコミュニティは困難を跳ね返す力 (resilience) をみせたという。これらからは北米における同性愛者の HIV 感染予防において、当事者の果たした役割の大きさを読み取ることができる。

HIV は、男性同性愛者の健康と福利 (the health and well-being) において非常に有害で大きなインパクトを依然として有しており、北米においては、コンドームをしていない肛門性交が男性同性間性的接触を行う者の中での HIV 感染の最も大きな原因であり、アメリカにおいては、男性同性愛者は一般の人口と比較して、100 倍の HIV 感染率の高さである可能性があるとされる (David J. Brenman and Winston Husbands, 2010, p211-212)。

そのうえで David J. Brenman と Winston Husbands は、男性同性愛者の脆弱性のあるリスク要素を指摘している。ホモフォビア (性的指向における偏見と差別) は、男性同性愛者の健康と福祉に関して最も大きな影響を与える要素であると指摘している。男性同性愛者は、自らの家族や友人、そして医療機関やソーシャルサービス機関からも拒絶されており、アメリカ人の 48% が同性愛関係を人間のモラルとして間違っていると考えており、アメリカ人の 40% が同性愛関係は違法であると信じている。この態度が最も現れた結果として、男性同性愛者は、身体や口頭による暴力を受けており、男性同性愛者の 11% から 18% は、身体や口頭による暴力の被害者であると見積もられている。いやがらせについての数字はしばしば報告されないことから、この数字は控えめに見積もられたものである。David J. Brenman と Winston

Husbands は、これらエビデンスは、からみあった複数の要素が HIV に関する脆弱性を増加させていることを語っている、と指摘している。

男性同性愛者は、経済的に貧困な状況に囲い込まれてもおり、人種差別、ホモフォビアは、生活を向上させる行動の維持(例えば、セーフターセックスや HIV 検査を受けること)を欠かせるものとし、彼らの抱えるリスクをリアルに評価することを不可能にする。また、ホモフォビアは、疎外感をいだかせたり、自己受容を欠かせるといった心理的、身体的健康上のリスクを非常に高くするという。

また、男性同性愛者において、アルコールと薬物使用、そしてコンドームを使用しないセックスとの間に高い関係性があることが指摘されている。これらの使用は性的欲望を高め、正しい判断を阻害するのである。

そして、それ以外の要因としては、男性同性愛者の HIV 感染リスクを高めることについて、本人の友人関係やソーシャルネットワークにおいて彼らがコンドームを使用していない場合、これらは本人に大きな影響を与え、本人のコンドームの使用頻度を低くするものであることが指摘されている(David J. Brenman and Winston Husbands, 2010)。

北米におけるこれらの取り組みや研究が先駆的であったことは確かではある。しかし、その取り組みの過程ではさまざまな困難性があったことも指摘されている。1995 年に発刊されたアメリカのソーシャルワーク辞典「Encyclopedia of Social Work 19<sup>th</sup>」において「HIV/AIDS: Overview」を執筆した Gary A. Lloyd によれば、アメリカ政府のエイズ対策について、HIV 感染拡大の初期、その反応は厳しいものであったという。1989 年には AIDS についてのナショナルコミッションが発行され、1990 年にはナショナルコミッションレポートが発行された。レポートでは、HIV 感染症が 1990 年代の公衆衛生上の最高レベルの問題であると位置づけられたが、実際の政治的社会的反応はそれとは大きく異なっていたという。その理由として Gary A. Lloyd は、ホモフォビアや HIV の影響を受けているほとんどの人びとが、すでに社会的周辺に置かれていた人びとであったからだという。

このような厳しい状況下において、その影響を大きく受けるアメリカのレズビアンやゲイたちは、1987 年に「ACT UP」(力を解き放つためのエイズ連合)というアクティビスト集団を結成し、当事者らによる社会運動として政府や医療機関などへさまざまな働きかけをはじめた。このような運動体の結成には、前年である 1986 年にアメリカ連邦政府最高裁判所は、ソドミー法(同性愛行為を違法とするもの)を合法としており、この判決に対して全米の当事者の怒りをかき立てたことが関係していることが指摘されている

この活動は、当時の HIV/AIDS 研究が生物医学的な研究であり、そのなかの科学者による支配関係を問題化したものであった。科学者たちが当事者の考えとは無関係に、研究内容を決め、仮説を組み立てるといった研究に対して異議を申し立てるといったものであったという。彼らの活動の最初の課題は、HIV/AIDS に関する生物医学的な研究において、適切な学業証明書をもつ者だけがそれを定義する権威を有するべきであるという議論によって伝統的に正統化されてきたことへの挑戦であったという(ジルバール・エルバズ, 1997)。彼らの運動は、



伝統的に科学者が独占してきた「科学」に対して影響を与え、また政府による HIV/AIDS に関する政策決定に影響を及ぼすという結果をもたらすこととなった。

この ACT UP の先駆的な当事者運動について、産経新聞特派員としてニューヨーク支局で記者をしていた宮田一雄による取材経験による記録がある。

「グリニッチ・ビレッジの近くにあるゲイ&レズビアン・コミュニティ・センターでは毎週月曜日の午後七時からアクト・アップのゼネラル・ミーティングが開かれています。私はそのミーティングにはじめて顔を出したのは 94 年の 6 月でした。」「アクト・アップに対しては、過激なグループとかわからず屋といったイメージがあったのですが、その時の雰囲気も、後に取材などを通じて話をするようになった何人かのメンバーの印象も、少なくとも過激とかわからず屋とはいえません。強いて言えば、あまりに多くの友人をエイズで失ったことへの悲しみや怒りが時々、非妥協的な態度と映るのではないのでしょうか」。(宮田, 2000)

アメリカにおける ACT UP による当事者運動は、まさに当事者として体験、悲しみや怒りの体現であった。宮田によれば、この 1994 年の夏のミーティングには常時 200 人もの人が集まっていたが、1996 年の始めには主要メンバーの多くが亡くなったことなどにより参加者は 50 人以下に減っていたという。

このようなアメリカにおいて、HIV/AIDS ソーシャルワークは、初期の段階から心理社会的なニーズに対応してきたとされているが、感染者数と比べると多くのソーシャルワーカーは関連の機関や保健医療分野に勤務していないことを理由として、AIDS との戦いに巻き込まれる必要はないと考えるなど、認識としては周辺の領域であるといわれている。しかし、このようななかであっても 1980 年代初めから複数のソーシャルワーカーは、ゲイやレズビアンたちと協力して、ゲイコミュニティにおける AIDS サービス機関 (AIDS Service Organizations=ASOs) を組織化していった。ASOs ではゲイコミュニティのボランティアの人々を採用し、HIV 感染予防のための訓練を行ってきた。また、HIV 感染予防のための教育 (アウトリーチプログラムと情報提供手法) を開発し、調査やサービスに関する資源を増加させ、コミュニティベース介入モデルの発展をさせるなどの社会資源の開発を行うなどの重要な役割を担っているとされる (Gary A. Lloyd, 1995)。1996 年にアメリカ・ブロードウェイで初上演され、その後映画化され、日本でも評判となったミュージカル「RENT」では、当時の HIV 陽性者の孤独感や、次から次へと友人たちが亡くなっていく状況、そしてニューヨークのコミュニティセンターで同性愛者を含む HIV 陽性者のセルフヘルプ・グループのミーティングにおいてソーシャルワーカーによる援助活動風景が描き出されている。

長年、日本の医療機関において医療ソーシャルワーカーとして HIV 陽性者への支援を行ってきた小西加保留は、アメリカにおけるソーシャルワーカーの取り組みと日本のソーシャルワーカーの現状と比較し、「アメリカでは、ASOs のような存在をいち早く立ち上げたことはソーシャルワーカーの実力であり、また多くのアドボカシー機関が存在することは、実践の場のもつ力である。多様な基金や助成を受けて、地域の機関として支援を展開する組織活

動は、今後の日本のソーシャルワークのあり方にも十分な示唆を与えるものである」と述べている(小西, 2007)。

アメリカにおいて感染者の増加は、ソーシャルワーカーにとって第1次予防や第2次予防への関与が問われるところとなり、新しいチャレンジとなったという(Stug et, 2003)。

第1次予防としては地域のリスク集団を選定してコミュニティのワーキンググループを作ることや、コミュニティベースでの検査プログラムを公園やストリートで展開するなどのアウトリーチ、また学校と両親とのコミュニケーションを促進するための働きかけなどである。第2次予防では、リスク行動軽減の重要性を認識し、継続できるような働きかけが問われるという。そこでは特定集団、文化に特化した行動変容の理論的モデルや社会認知論などの理論とスキルが、教育、フィールドの両方で必要とされるようになったという。また、HIV 感染予防プログラムにとって必要なことは、個人と社会環境のレベルの両方をターゲットにすることであるとされる。HIV 感染リスクの決定要因としては、社会的、経済的、文化的、政治的な複数の要素があることが指摘されており、複数の要素によって分析をするべきことが指摘されている。HIV 感染予防介入にあたっては、人間を社会的文脈において理解する必要があり、採用すべきフレームワークとしては、個人と社会環境の両方のレベルの要素を結合させることであるとされる。個人の健康に関する行動を変化させるためには3つの事項があり、一つめはHIV 感染リスクに関する個人と社会環境の両方の要素の影響を検討することである。二つめは、HIV 感染リスクに関して、社会環境における人間の個人化された生活スタイルの変化に焦点をあてること、3つめは、HIV 感染予防プログラムは、個人と社会環境の両方を対象にして、HIV 感染リスクのない行動と実践に生活スタイルを変化させるように継続的に強く働きかけ、メンテナンスすることである。また、ソーシャルワークの実践家と研究者らは、幅広い HIV に関するサービスを設定できる器量を備えて提供し、そこで重要な概念として含まれるものは、カウンセリング、コミュニティの組織化、アドボカシー、アドミニストレーション、調査、政策提言であるという(Gauri, 2003)。

このようにアメリカにおける HIV/AIDS ソーシャルワークは、ゲイコミュニティなどの当事者や地域との連携をはかりつつ、陽性者への支援や予防プログラムを積極的に展開するなど、当事者の置かれている環境とニーズに向き合った幅ひろい活動が行われていることが確認できる。

## 2. 国際機関・国際社会における対応

HIV/AIDS の問題は、感染症であるということ、そして地球規模での急速な感染拡大と死亡者の増加により、国際機関や国際社会によって積極的に対応されているという特徴がある。また日本政府は HIV/AIDS 対策について、国際機関・国際社会の動向に敏感な対応をみせてきた。そこで本稿では、アジアにおける感染動向と国際機関・国際社会の対応について、主に国際協力研究者である岡島克樹による動向分析報告をもとに概観しておきたい。

国際協力研究者である岡島は、2000年代のエイズ対策の特徴とくにMSMをめぐる特徴につ

いて、国際社会の動きをもとに分析を行っている(岡島, 2009a).

岡島は国連その他の援助機関の 2000 年代の変化のひとつとして、「もっともリスクにさらされる人口集団 (MARPs)」に対して注目するようになったことであると指摘している。2005 年に国連合同エイズ計画は MSM およびセックスワーカー、静脈注射薬物使用者らに関して、予防サービスの拡大を提言している。その上で 2009 年の国連合同エイズ計画や世界エイズ・結核・マalaria対策基金は、MSM と HIV/AIDS に関する正式な戦略策定を完成させており、岡島はこれらから 2000 年代においては「MSM の政策上の主流化は確実に進行している」と述べている。

2000 年代の特徴として岡島はさらに「スティグマ」が再び語られるという「関心の復活」を指摘している。これは国連合同エイズ計画の文献において、エイズ対策の効果を減じる重要な要因の一つとしてエイズ関連スティグマを位置づけていることによる。また、2007 年末にはイギリス政府国際開発援助庁がエイズ関連スティグマの削減取り組みを主流化する文献を発行し、アメリカ政府国際開発援助庁もスティグマ削減の取り組みを評価するための基準づくりに取り組むようになってきていることもあるという。

このようなスティグマ概念への関心の復活という現象の要因として、岡島は次の 4 つを指摘している。

- (1) 保健プログラムとしての効果の確保
- (2) 公共政策学上の観点(資金の増大)からなされる圧力
- (3) HIV 予防介入が依拠する理論の発展という行動科学上の要因
- (4) 人権基盤型アプローチの登場

HIV 感染予防に関する理論と実践に関して、スティグマ概念が諸要素によって再浮上している現状において、岡島は今後の課題として、エイズ関連スティグマに関する研究がマクロな理解であることから、より個人へとアプローチしていく必要性を述べている。そのうえで専門家による社会統制が強まることを懸念しており、当事者のエンパワメントをさらに推進することの必要性を指摘している。また、文化の違いにより敏感なアプローチの構築が必要であるという。これは介入実践が各国・各社会の共通点にのみ焦点をあてる傾向があることに対する指摘である。そして最後に、日本におけるエイズ関連スティグマの削減に関する研究と介入実践につなげていく必要性を指摘している。

また、岡島は 2009 年 8 月にインドネシア・バリで開催された「第 9 回アジア太平洋国際エイズ会議」に参加し、最近の MSM への HIV 感染予防介入に関する研究発表動向の特徴について報告している(岡島, 2009b)。それによれば、MSM に関する HIV 予防に関する取り組みについて、「個人に対する介入を超えて、むしろ個人をとりまく環境、その個人の態度や自己効力感に影響をあたえる社会的要因に介入を行うことが増えて」おり、「今日では、個人の知識や態度に対する介入を通じて行動変容を意図する単純な個人別アプローチから脱却し、スティグマや差別、その背景となっているパワー関係、人権に影響する法律や行政規則、コミ

ユニティの規範・文化に注目する構造的アプローチを模索する動きが見られる」という(岡島, 2009b).

HIV 感染予防については宗教組織による対応も大きな問題となる. 宗教は地域の生活の価値基盤ともなるものであるからであり, HIV に関する社会的要素として無視することはできないものである.

国際社会における HIV 感染予防対策はキリスト教の対応がしばしば論点となってきた. 例えば, フィリピンでは国民の大多数がカトリック教徒であり, フィリピン社会のなかでカトリック教会は大きな影響力を有しているとされる. カトリック教会はセーフターセックスに関してどのように対応できるのか, 具体的にはコンドームの使用を薦めたり, コンドームを街で配ったりすることができるのかが問われる. フィリピンのカトリック教会は, これまで困っている人, 貧しい人に救いの手を差し延べてきた. ではエイズに関してどのような対応が教会は可能であるのかが問われる(宮田, 2000). また, カトリックにおけるコンドームの使用に関する問題のみならず, カトリック, プロテスタント問わず, 同性愛はキリスト教において強い禁忌ともされ(堀江, 2006), また社会福祉の歴史においてもキリスト教は大きな価値と影響をもたらしており, 宗教的価値との議論も必要とされよう.

## 第2節. 日本における先行研究

### 1. 社会疫学研究の対応

わが国における男性同性愛者への HIV 感染予防に関する研究は, 主に社会疫学研究を基盤に研究活動が行われてきている. そこで, まずはこの社会疫学について確認しておくことにしたい.

社会疫学とは「健康状態の社会における分布とその社会的な規定因子を研究する疫学の一分野である」(The branch of epidemiology that studies the social distribution and social determinants of states of health)と定義される (Berkman LF, Kawachi, 2000).

また, 社会疫学は, 「文化, 社会システム, 経済, などの社会構造要因が集団あるいは個人の疾病罹患や健康状態に与える影響を明らかにし, そのメカニズムを解明しようとする疫学の一領域」とされ, その社会構造要因の例としては, 「社会階層, ジェンダー, 人種, 文化, 差別, ソーシャルネットワーク, ソーシャルキャピタル, 所得格差, 貧困, 社会政策」があげられる(本庄, 2007).

この社会疫学は, 人間の健康をとらえる際の主流な認識モデルとされる生物-医学モデル(bio-medical)ではなく, 社会的な要素を含ませた生物・心理・社会モデルによる認識モデルとされる. 近年, 人間の健康を扱うさまざまな学問領域において, この生物・心理・社会モデルが用いられるようになってきており, 社会福祉研究も例外ではないが, 人間の健康を扱うさまざまな学問領域において, 社会的要素を導入することによるインパクトが大きかったのは, おそらく医学領域においてであろう. 従来の生物-医学モデルと生物・心理・社会モ

デルの相違について、社会疫学研究者である近藤克則による説明をもとに概観しておく。

従来の生物・医学モデルによるアプローチの特徴は、人間と、その健康・疾患という複雑なものを自然科学的にとらえようとし、客観的な疾患と同時に主観的な病をもつ人を、社会や生活環境から切り離し、生物としての側面、客観的側面を中心に扱ってきた。そこでは、自然科学的な見方と方法論に磨きをかけた結果、心理的・社会的側面は、医学の主効果を分析するうえで悪影響を与えるので、研究上排除あるいはコントロールすべきものとみなされた。しかし近藤によれば、「人間を生活や社会、環境から切り離れた状態で、その生物学的特徴を細かく解析しても、それですべての疾患の成り立ちを説明したり、克服したり」することはできないという。その例として近藤はアメリカにおいて 1986 年から 2000 年の 15 年間に BMI の高度肥満が増していることを例にあげ、この短期間の変化は遺伝子の変異では説明できず、食文化や歩かないなどの生活環境や生活スタイルの変化が大きな要因であることを挙げながら、社会的要素を検討することの重要性を指摘し、「健康や疾患のとらえ方を生物・心理・社会モデルに拡張することが必要である」と主張している(近藤, 2005)。

そのうえで近藤は「社会的排除の結果としての不健康」の存在を指摘している。「従来の生物・医学モデルでは、生活習慣が悪いから病気になると考えられていた。」しかし、「生物・心理・社会モデルでみれば、生活習慣の背景にある複雑なプロセスがみえてくる」といい、「知識があっても生活習慣を改善できない『生き抜く力』の弱さや抑うつなどの『心理的因子』、閉じこもりなどの『心理・社会的因子』、それらに影響する『個人レベルの社会的因子』、そして社会のあり方など『地域レベルの社会的因子』の影響」があるという。「社会的に厳しい環境に置かれている人たちほど、努力や成果を評価される機会は少なく、蔑まれたり、みじめな状況を経験することは多い。だから、慢性的な心理的、社会的なストレスは、底辺層ほど大きい」とし、「このような『社会的排除の結果としての不健康』は、忘れられ軽視されてきた。しかし、間違いなく存在している。生物・医学モデルに基づき、個人に介入したとしても、期待したほど成果が上がらない理由は、この社会的排除のプロセスにより生み出される不健康が、一般に思われている以上に多いからである」という(近藤, 2005)。そして近藤は、不健康の原因の少なくない部分は社会的因子であり、生物・医学モデルによる介入が期待したほどの効果をあげない理由をそこに見出している。そこで新戦略として、原因となっている社会的な因子に介入することを挙げている。なお、この生物・心理・社会モデルは、WHO「国際生活機能分類」(ICF)においても採用されているモデルである。生物・心理・社会モデルについて、WHO は ICF の説明として次のように述べている。

「障害のより有用なモデルは、生物・心理・社会モデル(bio-psycho-social model)と呼ばれるかもしれない。ICF はこのモデル、つまり、医学モデルおよび社会モデルの統合に基づいている。この統合によって、ICF は健康に関する異なる観点(生物、個人、社会)の一致した見方を提供する」(WHO, 2002)

このような学問的性格を有している社会疫学を基盤として、わが国における男性同性愛者への HIV 感染予防対策は、15 年ほど前から 2010 年の現在に至るまで、厚生省/厚生労働省による科学研究費・社会疫学研究者・市川誠一らによる取り組みを中心に、研究者、当事者、行政が連携をはかりつつ行われてきている。しかし、この取り組みは、当初は当事者側からの批判も多いものであり、当事者と協働することで修正がはかられながら、今日においても取り組みが行われている、わが国最大規模の男性同性愛者への HIV 感染予防に関する研究であり、取り組みである。そこで、この取り組みの過程をみておくことにしたい。

1995 年、厚生省 HIV 疫学研究班(主任研究者:山崎修道)の研究班員であった市川誠一は、週 3 日 6 週間にわたり、東京・新宿にある MSM が利用する簡易宿泊施設(ハッテン場)2 施設の「個室及び大部屋から出されるゴミ箱の内容物全てを個々のビニール袋に詰め、これを宿泊施設ごとにまとめて回収し、」肉眼的観察(精液所見、糞便痕跡所見など)と精液付着ティッシュペーパー溶出液の科学的観察を行った。ここから「肛門性交率」「コンドーム混入率」等を算出した。翌 1996 年にも同様の調査方法により調査を実施し、コンドームの混在率と HIV 抗体検査率を算出した。こうした調査手法に対して男性同性愛者の活動家の側は「ゴミ漁り」と呼んで強く非難した。男性同性愛者の活動家である永易至文は「ゲイがエイズと短絡的に結びつけられ、ゲイバッシングが強まることへの強い警戒感もあった」と当時を語っている(永易, 2006)。

また、社会学研究者である河口和也は、自らが男性同性愛者であるという当事者、当事者組織のメンバーとしての立場を前提としながら、この調査について次のように指摘している。

「この調査はサウナ利用者には何の断りもなく行われたのです。ここには調査者と調査されるものとの間の権力関係がつきまとっているわけですね。」「私たちは調査する者とされる側の権力関係を批判した上で、双方の新たな関係構築の可能性を示唆するような問題提起をしたのですが、どうも疫学者には「権力関係」という意味がわからなかったようでした。疫学者は「私はそんなに権力をもっていないのです」というような言い訳をする。私たちが言おうとしているのは、権力をもっているかいないかという問題ではなく、その間の関係性において権力作用がどのように働いているかを見ることの必要性を説いていたのですが、最後まで対話は平行線をたどりませんでした。」

その後、市川誠一らは、男性同性愛者の当事者組織に声をかけ、予防啓発への協力を呼びかけたところ、当事者組織のあいだでは対応が大きく割れることとなり、調査への不快感を表明しつつ、男性同性愛者の当事者として協力することを選ぶ当事者組織と協力を拒む当事者組織の分裂が生じた。このような「ゲイ NGO 間の分裂と引き換えに、ここではじめて研究者・行政・NGO の協力体制が立ち上がることとなった」が、その後、分裂は修復されていくこととなった(永易, 2006)。

永易は市川誠一の研究姿勢について次のように述べている。「市川さんの歩みは、ノン・

ゲイの研究者が、いかに当事者の活動家との信頼関係を築き、意味ある仕事をつくっていくかの見本のような十年でした。同性愛者と異性愛者の溝をどう埋め、『当事者でなければわからない』論をどう越えるのか。研究者として、研究するものとされるものという関係をどう転倒されるのか。さらに大学や厚生行政にかかわるものによりありがちな権威的態度、あるいは恩情や憐憫という上下の関係を越えて、ともに HIV 問題に取り組む横並びの関係をどうつくっていくのか。それらへの答えのすべてが、この人の足裏には、詰まっているように思われるのです。」(永易, 2006)

市川誠一は当時を振り返り、次のように述べている。「この調査はホントに悩みました。ゲイコミュニティからかなりの反発も受けましたし、研究報告会の席でゲイコミュニティの人から、ものすごい形相で睨まれた記憶もあります。しかし、わだかまりを超えて、エイズ NGO の「ふれいす東京」の人たちがかかわってくれ、ミーティングを重ねるたびに、私はさまざまなことを教えられました。私たち研究者は、予防、予防と口では言うけれど、頭のなかは空っぽです。ゲイに必要な情報、その提示の仕方、なにもわからない。しかし、辛抱よく意見を交換しあうなかで、私たちは当事者と組まないと事態は進まないことを知りました。ゲイの人たちも専門家の知見をうまく生かすことを学んでいったと思います。ゲイ向けのアンケートづくりでも、研究のイニシアチブはコミュニティ側にとり取ってもらって、研究者が独走しない。」「私がゲイ・バイセクシュアルの人の感染予防に取り組むはじめてとき、『ゲイのことは、ゲイでなければわからない』と言われたことがあります。たしかにそうだと思います。しかし、ゲイも社会のなかの一員です。社会はゲイに理解を、と言うのだったら、ゲイの人たちも私たち専門家に理解を求めてくれなければ、理解のしようがないのです。ゲイコミュニティもまた、社会のなかのコミュニティですから。「ゲイのことは、ゲイでなければわからない」、その言葉に遠慮して、ゲイにかかわろうとしない有能な人がいっぱいいます。私も最初は構え、ためらい、腰を引いていました。いまもそういう人がたくさんいると思います。『保健所や医療機関の人は、検査や診察、相談に訪れるゲイのセクシュアリティや事情を理解して接してほしい』と言っても、ゲイのことはゲイでなければわからないと言われたら、そこでシャッターが降りてしまうでしょう。たしかにゲイの人のホントのしんどさは、当事者でなければわからないと思います。だけど、それをいっしょに考えて、その課題を解決していく努力をする人は、ゲイ以外にもたくさんいるということを、知ってほしいのです」(永易, 2006)。

これまでみてきたようにアメリカにおける ACT UP の「科学」に対する取り組みや、わが国の河口や永易らによる研究者に対しての指摘は、男性同性愛者の当事者と研究者との間にある権力関係を問題化したものである。すなわち、当事者は専門家である研究者によってコントロールされ、調べる者・研究する者と、調べられる者・研究対象者という関係の中に組み込まれがちである。しかし、今日における男性同性愛者による当事者運動などの成果により、当事者意識、権利意識は高まっており、このような不均衡な関係構造による研究方法

は不適切であろう。

当事者とともに研究活動を行う市川の研究姿勢は、HIV 感染予防のみならず、同性愛者に関する研究を行う際に研究者が旨とすべきものである。

市川誠一による厚生労働省研究班と当事者組織はその後、協働して取り組みをはじめることとなった。

2010 年現在では、仙台・東京・大阪・名古屋・福岡(博多)における、それぞれの地域に根ざした当事者の CBO (Community Based Organization)/NGO との予防対策を、厚生科学研究費補助金/厚生労働科学研究費補助金による男性同性間の HIV 感染予防の調査研究として啓発活動とともに行われるにいたっており、1997 年度～1999 年度は「関東および関西地域における男性同性間の HIV 感染に関する疫学研究」、2000 年度～2002 年度は「男性同性間の HIV 感染の動向と予防介入に関する疫学研究」、2002 年度～2004 年度は「男性同性間の HIV 感染予防対策とその推進に関する研究」、2005 年度～2007 年度は「男性同性間の HIV 感染対策とその介入効果に関する研究」、2008 年度～は「男性同性間の HIV 感染対策とその介入効果に関する研究」として行われている。

この研究は男性同性愛者への疫学研究者の理解不足と疫学研究者への男性同性愛者の不信感を克服しようと務めながら研究活動は進められているとされ、主任研究者である市川誠一は東京と大阪による取り組みをもとに報告をまとめている。

東京では、ゲイコミュニティのある新宿二丁目に、厚生労働省による試行的事業として「コミュニティセンターakta」が開設され、当事者組織 Rainbow Ring(代表:佐藤未光・ひかりクリニック院長/医師/厚生労働省研究班研究分担者)が運営を行い、男性同性愛者に対する予防啓発プログラムの開発・普及を行っている。大阪では、同じくゲイコミュニティのある梅田・堂山地区に「ドロップインセンターdista」が開設され、当事者組織である MASH 大阪(代表:鬼塚哲郎・京都産業大学教授/厚生労働省研究班研究分担者)が運営を行い、男性同性愛者への予防啓発プログラムの開発・普及を行っている。名古屋では、ゲイコミュニティのある愛知県名古屋市栄地区に「コミュニティセンターrise」が開設され、当事者組織である Angel life nagoya が運営をしている。仙台では、ゲイコミュニティのある宮城県仙台市に「コミュニティセンターZEL」が開設され、当事者組織である「やろっこ」が運営をしている。これらのコミュニティセンターは厚生労働省研究班(研究代表者:市川誠一)との協働体制によって、財団法人エイズ予防財団事業として開設されているものである(市川, 2010)。

### 第 3 節. 日本における男性同性愛者における感染増加の背景

#### 1. 脆弱な社会環境にある男性同性愛者

ここでは、日本における先行研究などをもとに、感染増加の背景にある男性同性愛者がおかれている社会的状況に着目してみたい。



社会疫学研究者である木原正博らによれば、HIV 感染の増加の原因とそれへのエイズ対策は次のようなものであるという。

「エイズ流行の直接的原因は、性感染症や血液感染であるが、リスク行動を避ける能力や自由が損なわれた状態(脆弱性 vulnerability)を生み出す社会・政治・経済・文化的要因が、その根底にはある。脆弱性からリスク行動が誘発されて感染が生じ、感染は個人・家族・社会に大きな負のインパクトを与える。したがって、エイズ問題に対応するには、この連鎖を断ち切る必要がある。この意味で、エイズ問題の解決には、社会開発・人間感発を含む包括的な対策が必要であるが、その中で直接エイズにかかわり、脆弱性、リスク行動、インパクトの低減を目指すプログラムの体系がエイズ対策である」(木原ら, 2003)。

また社会疫学研究者の市川誠一は、わが国における既存のエイズ対策上の課題と感染増加の背景として次のものをあげている(市川, 2006)。まず、エイズ対策上の課題として「① 国民向けエイズ対策は MSM に訴求効果を示していなかった ② MSM 向けの啓発資料開発や啓発普及は十分でなく、効果的なエイズ対策がなかった ③ 保健所等の無料 HIV 抗体検査・相談等の普及及び受検者への性感染症予防介入が十分でなかった」と指摘し、公的機関によるエイズ対策が男性同性間性的接触を行う者へ効果的に行われていないことをあげている。また、感染が増加している要因としては、「アナルセックスにおける予防行動が十分に普及していないことが挙げられる。また、その背景として性的指向に関することや同性間のセックスと性感染症予防に関することなどの教育が同性愛者の生育過程にそって行われておらず、自己の性的指向についての悩み、不安などを相談する社会的環境が十分でないことも関連していると思われる」とし、人びとの行動をめぐる社会環境上の要因を指摘している。

そのうえで、「啓発資料に記載される情報は異性愛者を対象にしたものが殆どで、同性間の感染予防に関する情報等は皆無に近い状況であった。HIV 感染に関する情報は広く国民、すなわち異性愛者を対象とした啓発が中心となり、同性愛者はこの点において HIV 感染対策面で脆弱な環境におかれたことになる」とし、同性間性的接触を行うものが脆弱な社会環境に置かれていることを指摘している。これらの北米や日本における先行研究からは、男性同性愛者の HIV 感染の増加の背景には、男性同性愛者が脆弱な社会環境に置かれているといった社会的な要素が大きく影響を及ぼしていることが示されている。すなわち、HIV 感染予防を検討する際には、人間の健康をとらえる際の主流な認識モデルとされる生物-医学(bio-medical)モデルではなく、社会的な要素を含ませた生物・心理・社会(bio-psycho-social)モデルによる認識モデルが求められることが指摘できるだろう。

では社会科学領域ではどのような議論がされているのだろうか。日本の社会科学における HIV/AIDS への予防に関する対応は極めて限られたものになっているのが現状である。そのようななかで社会科学である医療人類学の立場から HIV 感染予防に関する理論的考察が試みられている。医療人類学研究者である道信良子(道信, 2004)は、「日本の医療人類学者に

よる HIV/AIDS 研究は短期の調査や既存の資料の二次分析によるものが多く、長期のフィールド・ワークに基づく研究は筆者を含め数人の研究者によってなされているのが現状である」としたうえで、「臨床研究と並び HIV/AIDS 対策において中心的な役割を果たしてきた疫学においても次のような現象の認識に関する基本的態度や方法論における転換が起きており、医療人類学が HIV/AIDS 研究において保持してきた立場に共鳴する」と、疫学と社会科学である医療人類学の問題式の共通点を指摘している。

「第一に、感染予防の研究や実践は「個人」や「集団」に加えて「コミュニティ」全体を対象とする必要がある。特定の「個人」や「集団」を対象とする場合にも「個人」や「集団」を取り巻く社会・生態的環境作用に十分な注意を払う必要がある。第二に、HIV 感染予防の研究と実践は包括的である。HIV/AIDS 問題は自然科学と社会科学を含む多様な専門領域の結集による学際的な取組みを必要とし、その高い学際性が包括的な知見と実践を生む。第三に、感染予防の実践は専門家が現地のコミュニティを離れた後も現地の人々によって主体的に継続されるような持続性を必要とする」と指摘している。そのうえで「これらの動向において、医療人類学者は文化の専門家として積極的な貢献を期待されて」いるという（道信, 2004）。

コミュニティを対象とし、「個人」や「集団」を取り巻く社会・生態的環境作用に十分な注意を払うこと、そして専門家が現地のコミュニティを離れた後も現地の人々によって主体的に継続されるような継続性を意図することについては本稿も関心を同じくする。しかし、日本の医療人類学者が対象とするフィールドはほぼ海外に限られ、日本における予防に関する実践的取組みが見られないなかにおいて、本研究は日本における理論と実践をつなぐことを指向する研究として位置づけられる。

## 2. 男性同性愛者の生活課題に関する調査からの知見

### 1) からかいの対象としての男性同性愛者と生きにくさ

さて、ここまで男性同性愛者に関するエイズ対策上の課題について見てきたが、そもそも男性同性愛者はどのような生活上の特徴や課題を有しているのだろうか。男性同性愛者に関する生活上の特徴や課題として、HIV 感染に関する社会環境をめぐる脆弱性があることはこれまで見てきた。

高等学校の教員である前川直哉は、教育現場における生徒たちとのやりとりのなかから、同性愛者に対する差別の多くは「からかい」という形であられることを指摘している（前川直哉, 2010）。「同性愛差別の問題の大きさ・深刻さとは裏腹に、同性愛は『からかい』の対象として、『半笑い』を伴って語られるケースが圧倒的に多いのが実情」である。このような『からかい』という表現による差別は、『そこに差別問題があることを気づかせにくく』し、抗議に対しては『ちょっとからかっただけだよ、本気で怒るなよ』という逃げ道が設定されがちであり、おとなげない、空気が読めない行為だと見なされてしまうことも少なくなない」という。前川は社会学者の江原由美子の論文「からかいの政治学」を引用しながら、1970

年代のウーマン・リブ運動に対するマスコミの扱いがからかいや嘲笑に満ちており、からかいが女性解放運動に与えたマイナスの効果の一つとして、からかいの文脈でしか女性解放運動をとりあげないことによってそれが真面目に扱うに値しないものであるという印象を与え、からかいが遊びの文脈に位置づいている以上、それにたいする抗議は非常に困難であり、そしてこれらは同性愛差別に対するからかいの持つ問題にも当てはまると指摘している。

また、男性同性愛者の当事者の活動家である石川大我は、男性同性愛者の生活や生きにくさについて次のように述べている(石川大我, 2010)。

「同性を好きというキモチや自分が同性愛者であるということを周囲の人々に隠さざるを得ない現状、さらには、積極的に『異性愛者であるフリ』を演じなくてはならない現状」は、「同性を愛するキモチや自分自身を肯定的に捉えることは極めて困難」であり、「とりわけ、思春期の同性愛者が身を置く学校や特定の集団等の生活現場は、事実を明かせば誹謗の対象とされるという恐怖感や、等身大の自己で他者と関わっていけない事による孤立感を生み出す」という。「こうした思春期を過ごした同性愛者は以降の生活においても、同性愛や自己に対する否定感から派生する多様な問題に直面することが少なく」なく、また、「『内なるホモフォビア』も大きな問題」という。石川によれば、「ホモフォビアは、同性愛嫌悪・恐怖症と訳され」、「社会に流通するネガティブなイメージを同性愛者本人も自らの中に取り込み、当事者であるにもかかわらず、同性愛を嫌悪・恐怖してしまう」とする。そのうえで、「同性愛者の自己否定感や同性愛嫌悪・恐怖の内在化をめぐる問題は、決して個人の問題ではなく、社会的な問題と捉えるべきでしょう。」と指摘している。

## 2) 調査にみる男性同性愛者の生活課題

では、男性同性愛者にとっての生活課題は、どのようなものが存在しているのか。本稿では、2009年度に筆者らが行った一連の量的調査、および質的調査をもとに報告する。本調査は、2009年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業「沖縄県における男性同性愛者への HIV 感染予防介入」(研究代表者:加藤慶)において、東京を中心に活動している男性同性愛者のセルフヘルプ・グループである特定非営利活動法人「ピアフレンズ」を創設した代表理事であり、また男性同性愛当事者である石川大我氏を研究協力者として「ピアフレンズ」の参加者に対する生活課題に関する量的調査および質的調査を行った。

「ピアフレンズ」を調査対象として選んだ理由は、ひとつとして彼ら自身が男性同性愛者の生活課題を明らかにすることを強く望んでおり、相互に信頼関係の形成が可能となっていたからである。当事者が望まない調査や研究を当事者に対して研究者が一方的に行うことは、研究の協力や同意が得られないことはもとより、社会的差別・偏見のもとに生きている当事者の生活に研究者が土足で踏み入ることであり、それは倫理的に問題がある。この調査の実施時にあっては、「ピアフレンズ」が行政府や立法府に対して公的な社会支援を求め、セルフアドボカシー活動を行うなかで、彼ら自身が「男性同性愛者への公的な社会支援を

求める根拠となる当事者の課題は何であるのか」を問われており、彼ら自身が自らの生活課題を明らかにしたいという強いニーズをもっていた。すなわち、当事者自身の経験に基づく主張や問題の指摘ではなく、第三者からみて理解し、納得できる数量的調査が求められたのである。筆者は、行政府や立法府に対して彼らが行うこのようなセルフアドボカシー活動に外部の支援者としてかかわっており、彼らの課題を共有する立場にもあった。すなわち、当事者にとってのアドボカシー活動のひとつとして、調査のニーズがあったのである。

また、ふたつめの理由として、社会的差別・偏見のもとにあるがゆえの課題を抱え、セルフヘルプ・グループにたどり着いた方々を対象とすることで、当事者にとってもよりその生活課題を明確化できるのではないかと考えたからである。当事者であるからといって、自らの生活上の課題を語りだすことができるわけでは必ずしもなく、社会的差別・偏見のもとにある方の場合、その声は「声なき声」ともなる。このような「声なき声」を的確に把握し、研究に包摂できるかが、社会的差別・偏見のもとにある方に関する研究を行う場合には課題となる。こうした「声なき声」をどのように聴き、概念化し、変数化するのが重要である。しかし、セルフヘルプ・グループに集う方たちは「声なき声」の状態から、当事者同士の力により、少なくともグループのなかでは自らを語る声を獲得し、またその獲得過程にあると考えられる。「ピアフレンズ」は、ピアな関係性から参加者をサポートしていくグループであり、「声なき声」を実質的な声にしていくこと促していく可能性を、そこにみることもできるのであると考えた。

なお、本研究で焦点をあてたセルフヘルプ・グループとは、自助グループや当事者組織など、文脈によってさまざまな呼称でよばれる。一般的には「共通の問題(病気や困難)を抱える人々により統治される自発的な集団で、体験的知識によって問題の相互依存、相互解決をはかろうとする集団」(Borkman, 1990)と定義される。また、「セルフヘルプグループは行政区画とは無関係に自由に集まり、「わかちあい」と呼ばれる構成員相互の交流を重視する。「わかちあい」とは共通の体験をもつ構成員が、その体験に関連する感情や情報、考え方を同等な関係のなかで交換することである。「わかちあい」を通じてグループの構成員は各自の生活の自己管理、問題解決のための自己決定を図り、また社会参加を果たしていく。また構成員は社会の差別的価値観を内面化した結果として感情や意思の自己抑圧を体験しているが、そこからの解放をグループの「わかちあい」によって実現しようとする」ともされる(岡, 2006)。

調査報告をみていく前に、まずは「ピアフレンズ」の概要を確認しておくことにしたい。石川氏が「ピアフレンズ」をつくり、実践にいたった背景には、次のような問題意識があった。

「特に私が注目してきたのは、①思春期における同性愛者を取巻く環境において、同性愛を肯定する情報、認識が浸透していないこと、②当事者が自己を開放して身を置ける場所がないといった点です。そこで私は、思春期にある同性愛者が自己肯定感を獲得する方法のひとつとして、同じく同性愛という要素を持った「仲間＝ピア」と知り合い、経験を分かち合