

表15 HIV検査の場所を選ぶうえで重要なこと(MA)

(母数比:112)

同性愛者(ゲイやレズビアン)が多く受検している	27	24.1%
友人やバー等で評判をクチコミで聞いている	19	17.0%
ゲイやレズビアン向け雑誌やネットで宣伝されている	8	7.1%
新聞やポスター、広報にて宣伝されている	9	8.0%
インターネットで事前に調べることができる	36	32.1%
知り合いが検査場所で働いていない	18	16.1%
行きやすい時間帯に検査が行われている	64	57.1%
検査の場所が利用しやすいところにある	60	53.6%

表16 性感染症罹患経験の有無

ある	15	13.4%
ない	96	85.7%
不明	1	0.9%
計	112	100.0%

表17 罹患したことの性感性症の種類

(母数比:111)

梅毒	6	5.4%
A型肝炎	2	1.8%
淋病	4	3.6%
アメーバ赤痢	1	0.9%
B型肝炎	8	7.2%
クラミジア	4	3.6%
HIV感染症	2	1.8%
ケジラミ	4	3.6%
性器ヘルペス	2	1.8%
その他	0	0.0%

33

表18 HIV検査希望受検頻度

年に1回	85	75.9%
年に2回	17	15.2%
年に3回以上	3	2.7%
無回答	7	6.3%
計	112	100.0%

表19 過去6カ月間における女性とのセックスの有無

ある	5	4.5%
ない	106	94.6%
無回答	1	0.9%
計	112	100.0%

表20 過去6カ月間における男性とのセックスの有無

ある	97	86.6%
ない	13	11.6%
無回答	2	1.8%
計	112	100.0%

表21 過去6カ月間における男性とのセックスの回数

1	40	40.4%
2	11	11.1%
3	11	11.1%
4	4	4.0%
5	8	8.1%
6	3	3.0%
10	4	4.0%
15	1	1.0%
20	1	1.0%
30	2	2.0%
50	2	2.0%
無回答	12	12.1%
計	99	100.0%

表21 特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(タチ)

セックスしなかった	37	36.3%
必ず使った	36	35.3%
使うことが多かった	4	3.9%
5分5分	8	7.8%
使わないことが多かった	2	2.0%
使わなかった	8	7.8%
無回答	10	9.8%

母数比:102

表22 特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(ウケ)

セックスしなかった	39	41.5%
必ず使った	25	26.6%
使うことが多かった	2	2.1%
5分5分	8	8.5%
使わないことが多かった	3	3.2%
使わなかった	9	9.6%
無回答	18	19.1%

母数比:94

表23 不特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(タチ)

セックスしなかった	39	40.2%
必ず使った	36	37.1%
使うことが多かった	3	3.1%
5分5分	6	6.2%
使わないことが多かった	0	0.0%
使わなかった	5	5.2%
無回答	15	15.5%

母数比:97

表24 不特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(ウケ)

セックスしなかった	47	51.6%
必ず使った	26	28.6%
使うことが多かった	0	0.0%
5分5分	4	4.4%
使わないことが多かった	1	1.1%
使わなかった	5	5.5%
無回答	21	23.1%

104 100.0% 母数比:91

表26 一番最近のアナルセックスの相手

その場限りの人	23	21.5%
特定の相手	53	49.5%
無回答	31	29.0%
計	107	100.0%

表28 今度のアナルセックス時のコンドーム使用(特定の相手)

毎回使いたい	52	46.4%
できる限り毎回使いたい	32	28.6%
使いたくない	15	13.4%
考えていない	7	6.3%
無回答	6	5.4%
計	112	100.0%

表29 今度のアナルセックス時のコンドーム使用(その場限りの相手)

毎回使いたい	73	65.2%
できる限り毎回使いたい	10	8.9%
使いたくない	0	0.0%
考えていない	4	3.6%
無回答	25	22.3%
計	112	100.0%

表30 過去6カ月に使用したもの(MA) 母数比:108

なし	20	18.5%
コンドーム	75	69.4%
水溶性ローション(潤滑剤・ゼリー)	70	64.8%
ラッシュ	12	11.1%
5MEO-DIPT(ゴメオ・フォクシー)	0	0.0%
その他の合法(脱法)ドラッグ	1	0.9%

表31 過去6カ月間に出会いの手段として利用したもの(MA)

パソコンの出会い系サイトや掲示板	19	17.9%
携帯の出会い系サイトや掲示板	28	26.4%
ハッテン公園、ハッテン海岸	27	25.5%
ハッテントイレ	9	8.5%
ハッテン浴場	2	1.9%
ミクシィ	18	17.0%
ミクシィ以外のSNS	49	46.2%
ゲイバーやレズビアンバー	28	26.4%
クラブ	53	50.0%
ゲイショップ	11	10.4%
その他	8	7.5%
利用したものはない	0	0.0%

母数比:106

表32 過去6カ月間の屋内系ハッテン場利用の有無

ある	41	36.6%
ない	66	58.9%
不明・無回答	5	4.5%
計	112	100.0%

表34 これまでにHIVに感染する可能性

絶対ない	5	4.5%
ほとんどない	35	31.3%
五分五分	25	22.3%
十分可能性がある	26	23.2%
分からない	20	17.9%
陽性者である	0	0.0%
無回答	1	0.9%
計	112	100.0%

表35 性的指向に関する悩みを相談できる人の有無

いない	27	24.1%
いる	84	75.0%
無回答	1	0.9%
計	112	100.0%

表36 相談相手(MA)

学校の先生	0	0.0%
親	1	0.9%
きょうだい	4	3.6%
異性愛の友だち	12	10.9%
ゲイの友達	72	65.5%
恋人	24	21.8%
職場の上司	3	2.7%
電話相談	0	0.0%
カウンセラー等の相談員	0	0.0%
公的機関の窓口	0	0.0%
その他	2	1.8%

母数比:110

その他の詳細

職場の同僚	1
無回答	1

表37 ゲイであることを打ち明けている相手(MA)

父親	4	3.8%
母親	8	7.5%
祖父母	0	0.0%
同性のきょうだい	8	7.5%
異性のきょうだい	12	11.3%
異性愛の友だち	38	35.8%
	0	0.0%
学校の先生	0	0.0%
職場の同僚	11	10.4%
職場の上司	4	3.8%
その他	3	2.8%
いない	57	53.8%

母数比:106

その他の詳細

医師	1
元カノ	1
無回答	1
カウンセラー・ソーシャルワーカー	

表38 HIVに感染している知人の有無

いる	39	34.8%
いると思う	18	16.1%
いないと思う	27	24.1%
いない	26	23.2%
無回答	2	1.8%
計	112	100.0%

表39 「」という団体を聞いたことがあるか

ある	59	52.7%
ない	52	46.4%
無回答	1	0.9%
計	112	100.0%

表40 「」のコンドームを見たことがあるか

ある	60	53.6%
ない	51	45.5%
無回答	1	0.9%
計	112	100.0%

表41 聞いたことのあるコミュニティセンター(MA)

ZEL (宮城県仙台市)	1	0.9%
akta (東京都新宿区)	28	25.2%
SHIP (神奈川県横浜市)	4	3.6%
rise (愛知県名古屋市)	5	4.5%
dista (大阪府大阪市)	7	6.3%
haco (福岡県福岡市)	17	15.3%
mabui (沖縄県那覇市)	27	24.3%
無回答	1	

母数比:111

表42 これまでにの調査に答えたことがあるか

ある	41	36.6%
ない	69	61.6%
無回答	2	1.8%
計	112	100.0%

スポーツ大会 C
2010 年 9 月調査結果

表1 年齢

10代	5	4.0%
20代	51	41.1%
30代	50	40.3%
40代	8	6.5%
50代	0	0.0%
60代	0	0.0%
それ以上	0	0.0%
無回答	10	8.1%
計	124	100.0%

表3 他都道府県の詳細(都道府県別)

山形県	2
福島県	1
群馬県	1
埼玉県	1
千葉県	2
東京都	20
神奈川県	5
長野県	2
岐阜県	1
静岡県	3
愛知県	2
京都府	1
大阪府	6
兵庫県	3
広島県	2
福岡県	9
佐賀県	3
長崎県	2
大分県	1
宮崎県	1
鹿児島県	4
計	72

表4 沖縄県外での1年以上の居住経験の有無

ある	67	54.0%
ない	54	43.5%
無回答	3	2.4%
計	124	100.0%

表2 出身地

沖縄県	52	41.9%
他都道府県	72	58.1%
計	124	100.0%

表3 他都道府県の詳細(地方別)

北海道地方	0	近畿地方	10
		京都府	1
東北地方	3	大阪府	6
山形県	2	兵庫県	3
福島県	1		
		中国地方	2
関東地方	29	広島県	2
群馬県	1		
埼玉県	1	四国地方	0
千葉県	2		
東京都	20	九州地方	20
神奈川県	5	福岡県	9
		佐賀県	3
中部地方	8	長崎県	2
長野県	2	大分県	1
岐阜県	1	宮崎県	1
静岡県	3	鹿児島県	4
愛知県	2		

表5 現在の居住地域

那覇市	19	15.3%
南部(那覇市以外)	10	8.1%
中部	23	18.5%
北部	4	3.2%
離島	0	0.0%
その他	66	53.2%
無回答	2	1.6%
総計	124	100.0%

表6 表5「その他」の詳細(都道府県別)

宮城県	1
千葉県	2
東京都	32
神奈川県	3
新潟県	1
静岡県	1
大阪府	11
兵庫県	1
広島県	1
福岡県	10
佐賀県	1
宮崎県	1
鹿児島県	1
計	66

表6 表5「その他」の詳細(地方別)

北海道地方	0	近畿地方	12
東北地方	1	大阪府	11
宮城県	1	兵庫県	1
関東地方	37	中国地方	1
千葉県	2	広島県	1
東京都	32	四国地方	0
神奈川県	3	九州地方	13
中部地方	2	福岡県	10
新潟県	1	佐賀県	1
静岡県	1	宮崎県	1
		鹿児島県	1

表7 現在の居住形態

一人暮らし	56	45.2%
宿舎、寮	2	1.6%
親戚または兄弟姉妹と同居	35	28.2%
友達と同居	6	4.8%
恋人と同居	24	19.4%
その他	1	0.8%
計	124	100.0%

表8 最終学歴

中学校	1	0.8%
高等学校	35	28.2%
専門学校・短大(高専を含む)	21	16.9%
大学	56	45.2%
大学院	9	7.3%
その他	2	1.6%
計	124	100.0%

表9 HIV検査受検の有無

ない	49	39.5%
ある	75	60.5%
計	124	100.0%

表10 回数

1	32	42.7%
2	16	21.3%
3	8	10.7%
4	4	5.3%
5	3	4.0%
6	2	2.7%
10~	4	5.3%
不明	3	4.0%
無回答	3	4.0%
計	75	100.0%

表11 過去1年間のHIV検査受検の有無

なし	64	51.6%
あり	53	42.7%
無回答	7	5.6%
計	124	100.0%

表12 過去1年間にHIV検査を受けた人が受検をした場所(MA)

沖縄県内の病院や医院	1	1.8%
中央保健所	14	25.5%
南部保健所	5	9.1%
中部保健所	1	1.8%
北部保健所	0	0.0%
宮古保健所	0	0.0%
八重山保健所	0	0.0%
県外の保健所・医療機関	25	45.5%
自宅検査・郵送検査	0	0.0%
その他	9	16.4%
	55	100.0%

表13 保健所のHIV検査の利用しやすさ

利用しやすい	50	40.3%
利用しにくい	19	15.3%
どちらでもない・分からない	53	42.7%
無回答	2	1.6%
計	124	100.0%

表14 表13「2」「3」を選んだ理由(MA)

(母数:124)

受けた事がないからわからない	37	29.8%
検査日が限られている	18	14.5%
検査時間が限られている	17	13.7%
どんな対応をされるか不安	14	11.3%
場所が不便である	3	2.4%
結果通知までが長い	6	4.8%
ゲイフレンドリーではないから	2	1.6%
陽性だったときにどのようなサポートがあるか分からないから	5	4.0%
その他	5	4.0%

107

1:なんとなく	1
1:結果が怖い	1
1:場所が分からない。	1
1:担当者がノンケ友人(カミングアウトなし)	1
1:知り合いに会ってしまった	1

表15 HIV検査の場所を選ぶうえで重要なこと(MA)

同性愛者(ゲイやレズビアン)が多く受検している	38	30.6%
友人やバー等で評判をクチコミで聞いている	20	16.1%
ゲイやレズビアン向け雑誌やネットで宣伝されている	17	13.7%
新聞やポスター、広報にて宣伝されている	9	7.3%
インターネットで事前に調べることができる	24	19.4%
知り合いが検査場所で働いていない	21	16.9%
行きやすい時間帯に検査が行われている	75	60.5%
検査の場所が利用しやすいところにある	67	54.0%
	271 (母数:124)	

表16 性感染症罹患経験の有無

ある	23	18.5%
ない	94	75.8%
不明	5	4.0%
無回答	2	1.6%
計	124	100.0%

表17 罹患したことのある性感染症の種類 (比母数:124)

梅毒	7	5.6%
A型肝炎	0	0.0%
淋病	4	3.2%
アメーバ赤痢	0	0.0%
B型肝炎	3	2.4%
クラミジア	4	3.2%
HIV感染症	2	1.6%
ケジラミ	11	8.9%
性器ヘルペス	0	0.0%
その他	0	0.0%
	31	

表18 HIV検査希望受検頻度

年に1回	82	66.1%
年に2回	23	18.5%
年に3回以上	9	7.3%
無回答	10	8.1%
計	124	100.0%

表19 過去6カ月間における女性とのセックスの有無

ある	11	8.9%
ない	112	90.3%
無回答	1	0.8%
計	124	100.0%

表20 過去6カ月間における男性とのセックスの有無

ある	106	85.5%
ない	16	12.9%
無回答	2	1.6%
計	124	100.0%

表21 過去6カ月間における男性とのセックスの回数

1	33	26.6%
2	15	12.1%
3	9	7.3%
4	4	3.2%
5	9	7.3%
6	1	0.8%
8	1	0.8%
10	5	4.0%
12	1	0.8%
20	3	2.4%
25	1	0.8%
30	1	0.8%
100	1	0.8%
無回答	19	15.3%
不明	3	2.4%
計	106 (母数:124)	

表21 特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(タチ)

	1	38	30.6%	
	2	37	29.8%	1.セックスしなかった
	3	5	4.0%	2.必ず使った
	4	8	6.5%	3.使うことが多かった
	5	4	3.2%	4.5分5分
	6	7	5.6%	5.使わないことが多かった
不明		2	1.6%	6.使わなかった
無回答		5	4.0%	
計		106	母数124	

表22 特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(ウケ)

	1	49	39.5%	
	2	27	21.8%	1.セックスしなかった
	3	5	4.0%	2.必ず使った
	4	4	3.2%	3.使うことが多かった
	5	3	2.4%	4.5分5分
	6	6	4.8%	5.使わないことが多かった
不明		2	1.6%	6.使わなかった
無回答		10	8.1%	
計		106	(母数:124)	

表23 不特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(タチ)

	1	42	33.9%	
	2	33	26.6%	1.セックスしなかった
	3	6	4.8%	2.必ず使った
	4	7	5.6%	3.使うことが多かった
	5	1	0.8%	4.5分5分
	6	2	1.6%	5.使わないことが多かった
不明		3	2.4%	6.使わなかった
無回答		12	9.7%	
計		106	(母数:124)	

表24 不特定の相手とのアナルセックスにおけるコンドームの使用状況(ウケ)

	1	50	40.3%	
	2	25	20.2%	1.セックスしなかった
	3	5	4.0%	2.必ず使った
	4	5	4.0%	3.使うことが多かった
	5	1	0.8%	4.5分5分
	6	2	1.6%	5.使わないことが多かった
不明		3	2.4%	6.使わなかった
無回答		15	12.1%	
計		106	(母数:124)	

表26 一番最近のアナルセックスの相手

その場限りの人	33	31.4%
特定の相手	51	48.6%
無回答	21	20.0%
計	105	100.0%

表27 相手と出会った場所

屋内系ハッテン場	12	36.4%
パソコンの出会い系サイトや掲示板	6	18.2%
携帯の出会い系サイトや掲示板	5	15.2%
その他のハッテン場(公園などの公共施設/ビーチなど)	0	0.0%
ミクシィ	1	3.0%
ミクシィ以外のSNS	1	3.0%
ゲイバーやレズビアンバー	1	3.0%
クラブ	1	3.0%
その他	2	6.1%
無回答	2	6.1%
不明	2	6.1%
計	33	100.0%

9:家 1
9:友達の飲み会で。 1

表28 今度のアナルセックス時のコンドーム使用(特定の相手)

毎回使いたい	81	65.3%
できる限り毎回使いたい	21	16.9%
使いたくない	6	4.8%
考えていない	14	11.3%
無回答	2	1.6%
計	124	100.0%

表29 今度のアナルセックス時のコンドーム使用(その場限りの相手)

毎回使いたい	83	66.9%
できる限り毎回使いたい	9	7.3%
使いたくない	0	0.0%
考えていない	7	5.6%
無回答	25	20.2%
計	124	100.0%

表30 過去6か月に使用したもの(MA)

コンドーム	79	63.7%
水溶性ローション(潤滑剤・ゼリー)	79	63.7%
ラッシュ	17	13.7%
5MEO-DIPT(ゴメオ・フォクシー)	1	0.8%
その他の合法(脱法)ドラッグ	1	0.8%
ない	24	19.4%
計	201 (母数:124)	

表31 過去6か月間に出会いの手段として利用したもの(MA)

パソコンの出会い系サイトや掲示板	40	32.3%
携帯の出会い系サイトや掲示板	51	41.1%
ハッテン公園、ハッテン海岸	16	12.9%
ハッテントイレ	5	4.0%
ハッテン浴場	12	9.7%
ミクシィ	46	37.1%
ミクシィ以外のSNS	38	30.6%
ゲイバーやレズビアンバー	52	41.9%
クラブ	20	16.1%
ゲイショップ	12	9.7%
その他	3	2.4%
利用したものはない	23	18.5%
計	318 (母数124)	

表32 過去6か月間の屋内系ハッテン場利用の有無

ある	38	30.6%
ない	80	64.5%
無回答	3	2.4%
不明	3	2.4%
計	124	100.0%

表33 過去6か月間に屋内系ハッテン場に行った回数

1	5	13.2%
2	2	5.3%
3	6	15.8%
4	4	10.5%
5	3	7.9%
6	1	2.6%
10	7	18.4%
20	2	5.3%
25	1	2.6%
30	1	2.6%
50	1	2.6%
無回答	2	5.3%
不明	3	7.9%
計	38	100.0%

表34 これまでにHIVに感染する可能性

絶対ない	12	9.7%
ほとんどない	43	34.7%
五分五分	15	12.1%
十分可能性がある	25	20.2%
分からない	29	23.4%
陽性者である	0	0.0%
計	124	100.0%

表35 性的指向に関する悩みを相談できる人の有無

いない	20	16.1%
いる	104	83.9%
計	124	100.0%

表36 相談相手(MA)

学校の先生	2	1.6%
親	7	5.6%
きょうだい	8	6.5%
異性愛の友だち	31	25.0%
ゲイの友達	94	75.8%
恋人	23	18.5%
職場の上司	2	1.6%
電話相談	0	0.0%
カウンセラー等の相談員	0	0.0%
公的機関の窓口	0	0.0%
その他	1	0.8%
計	168	(母数:124)

表37 ゲイであることを打ち明けている相手(MA)

父親	7	5.6%
母親	15	12.1%
祖父母	1	0.8%
同性のきょうだい	8	6.5%
異性のきょうだい	11	8.9%
異性愛の友だち	63	50.8%
カウンセラー・ソーシャルワーカー	0	0.0%
学校の先生	1	0.8%
職場の同僚	18	14.5%
職場の上司	6	4.8%
その他	1	0.8%
いない	38	30.6%
計	169	(母数:124)

表38 HIVに感染している知人の有無

いる	46	37.1%
いると思う	20	16.1%
いないと思う	25	20.2%
いない	33	26.6%
計	124	100.0%

表39 「」という団体を聞いたことがあるか

ある	57	46.0%
ない	67	54.0%
計	124	100.0%

表40 「」のコンドームを見たことがあるか

ある	63	50.8%
ない	61	49.2%
計	124	100.0%

表41 聞いたことのあるコミュニティセンター(MA)

ZEL (宮城県仙台市)	3	2.4%
akta (東京都新宿区)	24	19.4%
SHIP (神奈川県横浜市)	3	2.4%
rise (愛知県名古屋市)	4	3.2%
dista (大阪府大阪市)	8	6.5%
haco (福岡県福岡市)	16	12.9%
mabui (沖縄県那覇市)	37	29.8%
どれも聞いたことがない	41	33.1%

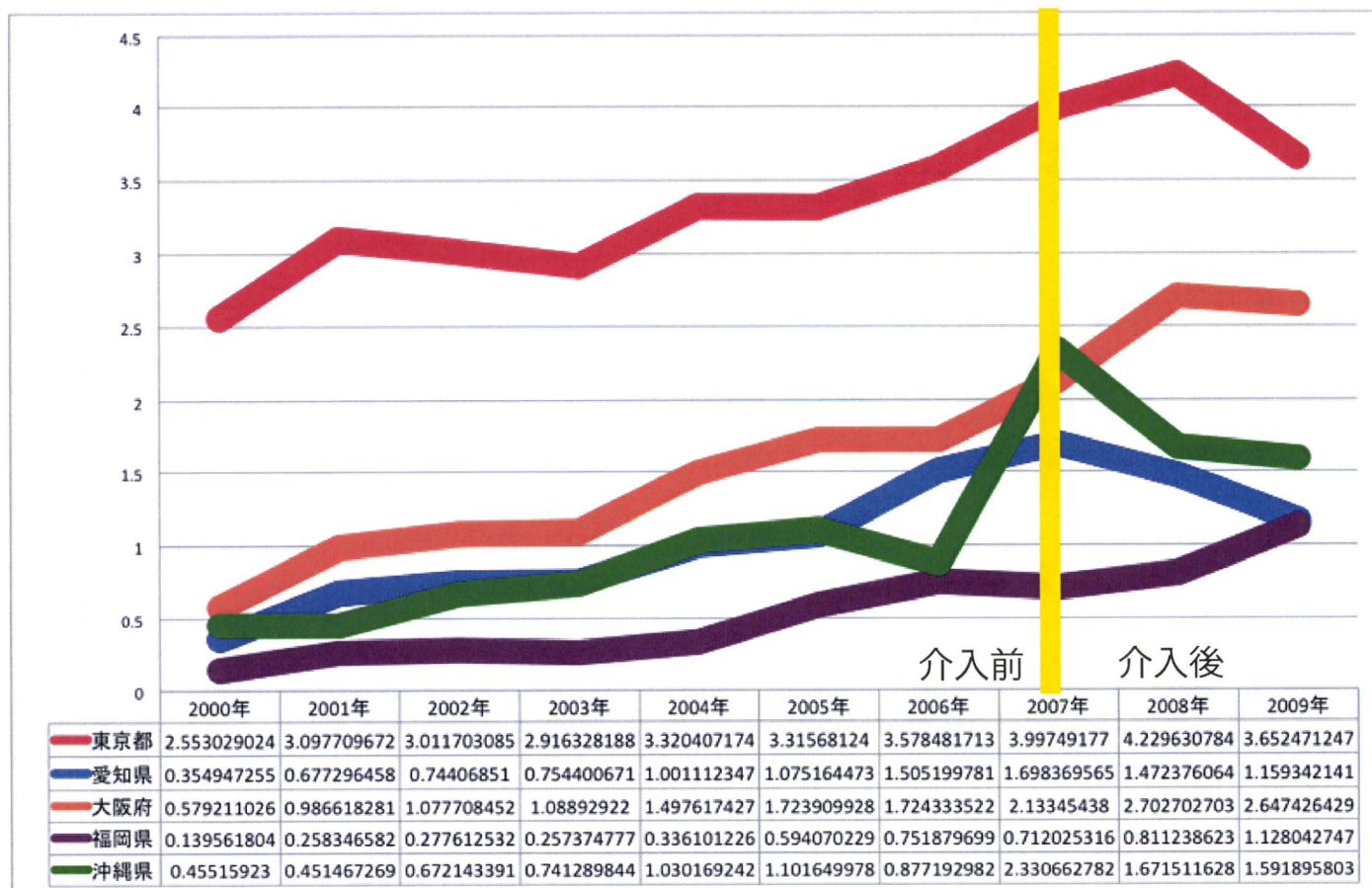
136 (母数:124)

表42 これまでに「」の調査に答えたことがあるか

ある	29	23.4%
ない	95	76.6%
計	124	100.0%

都道府県別人口 10 万人あたり HIV/AIDS 報告者数

グラフ 5



厚生労働省エイズ動向委員会報告をもとに筆者作成

〈第五章〉 地域を基盤とした当事者組織による HIV 感染予防の課題

第1節. 当事者組織による感染予防活動の意義と課題

本稿ではこれまで論じてきた実践的取り組みと研究をもとに、地域を基盤とした男性同性愛者の当事者組織による HIV 感染予防および陽性者支援活動の意義と課題及び本研究の課題を論じていく。

日本の現状において、男性同性愛者の HIV 感染は急速に拡大しており、男性同性愛者への HIV 感染予防対策を行うことは急務である。しかし行政機関においては、ゲイコミュニティが不可視の存在であることなどを理由に予防的な対応が難しい。このような状況では、男性同性愛者の当事者組織による取り組みやその果たす役割は極めて大きな意味をもつことを指摘できる。しかしながら、日本ではいまだ男性同性愛者は社会的差別偏見のもとにあり、とくに地方都市においてはパワーレスな状態に置かれており、当事者組織を組織化するうえでさまざまな課題を有している。しかし当事者は無力ではない。地方都市における男性同性愛の当事者らは、困難を跳ね返す力をうちに秘めているのである。その力を秘めた当事者に対して、支援者によるエンパワメントを行い、さまざまな情報や社会資源を提供することで、当事者はうちに秘めた困難を跳ね返す力を解放し、当事者は組織化し、その組織を通して、彼らは、自らのゲイコミュニティに対して男性同性愛者にとっての最大の生活課題である HIV に関する予防活動や HIV 陽性者支援活動を展開する力をみせうることをこれまでの筆者の取り組みから指摘できる。また、このような当事者組織による取り組みによって、ゲイコミュニティの人々の性行動などの行動変化を促すことができる可能性が高いことも指摘できると考える。

以上から、男性同性愛者の HIV 感染予防にとって、これまで当事者組織が存在していない地域においても新たに当事者組織を組織化する必要がある。特に、専門職者が直接的にこの問題に介入するのではなく、同性愛者が置かれている社会的背景、特に同性愛者そのものに向けられる社会的偏見差別などの存在にも目をむけ、当事者組織によるゲイコミュニティへのアプローチとして、当事者同士での「わかちあい」やエンパワメントを促進する機能と役割が必要となるが、限られた当事者の交流になってしまいがちな地方都市においては、その組織化には、外部からの支援者の存在も必要となる。ただし、外部からの支援者による組織化は、ときにその地域の当事者の主体性に大きな影響を及ぼすこともあることに留意する必要がある。

これまで男性同性愛者は社会的差別偏見のなか、行政をはじめとした公的機関と、ときに敵対関係といった緊張関係になることがしばしばあった。しかし今日においては、厚生労働省による同性愛者等コミュニティセンター事業のみならず、例えば神奈川県行政と地元の当事者組織との協働事業の実施にみられるように、同性愛者をはじめとしたセクシュアルマイノリティへの社会的支援事業やコミュニティセンターの運営が行われるにいたっている。また、当事者組織である特定非営利活動法人「動くゲイとレズビアン」の会は、当事者組織として厚生労働省研究班を組織し、積極的に当事者自身の手によって研究・政策提言活動を行い、さらには HIV 検査に関して地方公共団体から委託事業を受けるなど、これまで公的領域には進出できなかった同性愛者に関する状況は驚くほど大きく変化してきているといえる。

従来、運動体として行政組織に提言や圧力行動を行ってきた当事者組織は、近年、委託事

業の受託先となることで、サービス事業者としての新たな役割を広げつつあるとされる(村田, 2009, p2)。しかし村田文世は、東京都立川市にある障害者の自立生活支援センターを運営している障害当事者組織「CIL 立川」の行政委託事業の事例研究をもとに、当事者組織をめぐって浮上する自律性問題を指摘している(村田, 2009)。村田は当事者組織をはじめとする民間非営利組織に関して、このような行政委託の影響を受けて、政府の監督や規制を通して本来の組織活動が変容してしまうという、自律性喪失の問題が浮上しているという。そのうえで、村田は当事者組織の自律性の維持に関して、つぎのように指摘する。

「当事者組織は、組織化し団結することで行政組織へのバーゲニングの対等性を獲得しようとする圧力団体としての運動体的側面と、支援を専門家ではない共通の問題を抱えた当事者間で行おうとするセルフヘルプの側面を出自にもつ。根底にある反官僚制・反専門職のテーゼは行政組織との間に対抗的な緊張関係をはらむ。すなわち、当事者組織はサービス提供組織である前に、社会改革的な存在が福祉的価値をもつ表現的組織である。したがって自律性問題は、組織の存在理由まで奪うものとして先鋭的に出てくる可能性がある。」(村田, 2009, p7)

では、同性愛者に関してはどうか。先に指摘したように同性愛者の当事者組織と行政などの公的機関は、近年、日本のこれまでの歴史の中で存在してこなかった関係性がみられるようになってきている。これまで、日本の行政に対して同性愛者の当事者組織も障害当事者組織など他の当事者組織と同じく、圧力団体としてさまざまなアドボカシー活動を行ってきており、その関係性の多くは対立関係であった。しかし、このような従来の対立関係では捉えられない新たな行政との関係性が近年誕生しているのである。そのひとつが行政による委託事業である。

当事者組織である特定非営利活動法人「動くゲイとレズビアンのかい」は、HIV 抗体検査に関する委託事業を複数の地方公共団体から受託を開始している。また、厚生労働省による同性愛者等コミュニティセンター事業は財団法人エイズ予防財団への委託事業とされているが、実態として多くの当事者組織が財団法人エイズ予防財団に内包されるかたちで事業運営しており、障害当事者組織と同じく自律性問題は浮上する。

では、行政委託という事項によって、男性同性愛者の自律性をめぐる問題が初めて浮上したのかといえば、それは否である。これまでみてきたこの研究そのものが、実は男性同性愛者にとっての自律性問題をすでに孕んでいる取り組みであり、本研究が抱える最大の課題はそこにあるといえる。そこで本研究が抱える課題について述べておきたい。

前述したように、社会疫学研究者である市川誠一がゲイコミュニティに対して足を踏み入れ研究をしたときに、当事者組織側からは批判の声があがった。

「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」(河口, 1997)。

この批判は、直接的には疫学研究者である市川誠一に対して行われたものであるが、筆者に対しても有効な批判であると考えられる。本研究においては、市川誠一らによる取り組みを先行事例として、当事者組織と協働してゲイコミュニティへの HIV 感染予防介入を行っているものである。しかし河口が批判した研究者による当事者への権力作用に関しては、筆者の取り組みも本質的には変わりのあるものではない。そればかりか当事者側からすれば研究者はより巧妙なやり方を用いることで当事者を研究という社会的営みの中にビルトインしているともいえる。すなわち、筆者は男性同性愛者である当事者組織の自律性を重視し、それを促進する形で援助しているものの、それとはまったく逆のベクトルであるはずの当事者組織のコントロールをするという大きな矛盾を抱えているのである。これは強固な権力関係である。もしこの筆者の取り組みが当事者の自律性で構成されているように当事者組織や関係者から見えうるとすれば、それは筆者の意図的なかかわり方、意図的な仕掛けの設定によって、より見えにくいものとしているだけである。

男性同性愛者の当事者組織側からすれば、筆者のこのようなかかわりは批判してしかるべきであり、そのような批判がなされないのであれば当事者組織側は憂うべき事態にある。なぜならば男性同性愛者の当事者運動の歴史は同性愛の精神病からの離脱に象徴されるように、医療や専門職による支配からの積極的な離脱であり、脱医療化、脱専門職化の歴史であった(風間孝ら, 2010)。当事者として自律的に生きることを選択し、それを可能にしていく歴史こそが男性同性愛者による当事者運動であり、それらは当事者運動がこれまでの苦難のなかで獲得してきたはずの成果である。

当事者が自己決定をするとき、それは主観的であると批判され、専門家や第三者が判断することが客観的であるとされる。「専門家とは、当事者に代わって、当事者よりも本人の状態や利益について、より適切な判断を下すことができると考えられている第三者のことである」(中西・上野, 2003, p13)。このような専門家が当事者に代わって、当事者にとって何がよいことなのかを判断するパターナリズムに関して、「パターナリズムは医療の世界でもっとも横行し」ており、「しかも医療の世界におけるパターナリズムは、制度と法律で守られ」(中西・上野, 2003, p14)、「医療における専門家支配は独裁的である」ともされる(中西・上野, 2003, p156)。

同性愛者は長い間精神的な病とされ、治療すべき対象とされてきた。同性愛者の当事者は当事者組織をつくり、脱医療化を押し進め、専門家支配に対抗してきた。それによって同性愛は精神的な病ではなくなり、治療の対象とはされなくなった(風間孝ら, 2010)。

いまを生きる男性同性愛者の当事者組織側が問われるのは、男性同性愛者の当事者運動にかかわる先人たちが獲得してきた成果を継承しつつ、筆者のこれらの取り組みを批判したうえで、当事者としてこの HIV/AIDS の問題にいかに対応するかを検討し、積極的に対案を示していけるかということである。また、男性同性愛者の人権を基盤とした当事者の権利保障に関する観点から、行政などの公的機関、研究者、専門職者の取り組みを批判的に評価し、自らの権利が保障されているか、もしくは権利が保障されるように政策提言活動などのアドボカシー活動を行っていくことが重要であるだろう。

予防対策を考えると、男性同性愛者の当事者は、しばしば予防対策の客体的存在として認識されがちである。しかし、男性同性愛者の人権保障という観点からは、男性同性愛者の自律性に基づいた社会システムの検討が重要であると考えられる。

HIV 感染予防にかかわる行政や研究者や専門職者は、当事者組織による自律的な意見が表明されるように当事者に対して働きかけ、それが表明できる場を確保しつつ、その意見に対して向き合おうとする姿勢が求められる。

では、そもそもなぜ、このような矛盾した現象が起きてしまうのか。

本研究、そして取り組みは男性同性愛者である当事者組織の自律性を重視したものである。しかしその本質は、筆者が研究代表者である厚生労働省科学研究費補助金による取り組みであり、あくまでも公的資金をもとに大学という研究機関や筆者のコントロール下による取り組みであるという枠組みの中においてであるという限界がある。

近年、公的資金の管理体制は極めて厳格であることが社会的に要請されている。これは研究者による研究活動も例外ではなく、毎年、さまざまな規定が策定され、その規定の遵守をすることを研究者と研究機関は求められている。この管理体制は研究機関のみならず、さらに会計検査院や文部科学省、外部の公認会計士らによる監査、大学利益相反マネジメント(COI)委員会といった組織による幾重もの厳格な審査が必要であり、研究者はこれらすべて資金の透明性と社会的営みとしての研究活動の透明性が求められるという厳格なコントロール下にある。

さらに、この社会的営みとしての研究活動の、国の規定上の正当性を担保するとされるものは何かといえば、それは社会的に公認された専門性であり、すなわち制度的に公認された研究者(学位をもった大学研究者など)や医師、弁護士など、法律によってその専門性が公認されている専門職者であるということに求められる。研究者や専門職者は法的な責任を負い、それとあわせて一定の公的な権限をも有することとなる。逆にいえば、当事者組織は法的責任を負っていないかわりに、公式な権限も有していないのである。すなわちセルフヘルプ・グループや当事者性といったものとは相反する価値のみが根拠とされ、それこそが社会的に必要とされるのである。

これは研究者個人にどれだけ異議があったとしても、社会制度として研究者の目の前にあり、異議を口にすることはできても、制度変更まではできないものとして研究者の前に立ち現れる。このとき研究者にとっては、自らの研究理論が無力なものであると実感させられる。このような研究者を統制しようとする社会的仕組みは年々増しており、それは間接的に当事者組織にも大きな影響を与えることとなる。それは研究者が研究機関という官僚制に基づく組織構造のなかにいるという限界によるものである。

Weber(Weber, 1947)は官僚制特有の機能様式として、(1)法規や行政規則によって秩序づけられた明確な権限(規則的な活動・命令権力による制限・資格)、(2)職務体統(上位・下位のヒエラルキーの原則)、(3)書類(文書)による職務執行、(4)専門的訓練を前提とする、(5)職務上の活動に官吏の全労働力が要求される(専業)、(6)特別な技術論(法律学や行政学、経営学など)の知識に基づく一貫的な規則、をあげ、感情的要素が排除された専門家による合理的・効率的な職務の遂行を指摘している。

研究機関における対応はまさに、このようなウェーバーによる官僚制理論による組織の理論としての体系的分析や、マートンの官僚制の逆機能(Merton, 1940)などの構造分析による組織の影響そのものを研究者自身が受けていることを理由とする。

このような官僚制による制度的枠組みにおいて、研究者・専門職者ができることは、当事

者組織の自律性をできるだけ確保できるような研究者・専門職者による当事者組織へのコントロールのあり方を検討するという、大きな矛盾を抱えたものとなる。この矛盾を抱えた問題を、単に研究者や専門職者個人の問題として捉えるよりも、より社会システムとの関係性で問題をとらえ、それを乗り越えようとする取り組みが求められると考える。

では、このような矛盾をかかえつつ支援を行う専門職/研究者、すなわち専門家はどのような立場性を有するのだろうか。

三島亜紀子は、今日の専門家のあり方について「反省的学問理論」という独自の概念をもちいて分析を行っている。本稿では主に三島による業績をもとに、今日における専門家のあり方をめぐる議論を整理してみたい。

社会福祉学は、医学をモデルとしながら福祉の実践を科学化し、専門性を高めることに多くの力を注いできたこととされ、1960年代から1970年代にかけて、障害者の自立生活運動や脱施設運動の反専門職主義の影響を受け、当事者の権利を重視する機運の高まりのもと、自らの専門性の調整が強いられた。

このような反専門職主義ともいえる動きは、リハビリテーションの世界にも浸透していったという。もともとリハビリテーションは、20世紀はじめに医学領域において発展してきた歴史をもち、「反専門職主義」とは相容れないものであった。しかし、この医学的リハビリテーションに対して、1947年にアメリカで独立の専門分野として成立したリハビリテーション医学の立場は異なるとされる。このリハビリテーション医学は、「広義の運動障害をもつ人々のリハビリテーション(全人的復権)のために生まれた新しい横断的な臨床医学の専門分野であり、目的において”復権の医学”、対象において”障害の医学”であり、方法において教育的・代行的であるという点で従来の治療医学といちじるしく異なる特徴をもっている」と定義され(上田,1983)、医学的リハビリテーションとリハビリテーション医学の異同をはっきりさせることに重要な意味があったとされる。これによりリハビリテーションにおいて、それまで医学的研究や治療の対象に過ぎなかった「クライアント」は「全人的復権」を目指す積極的な主体となった。そこでは「医学モデル」を脱し、「生活モデル」が達成されたことが強調されている(三友,1998)。

三島はこのような時代の専門家について次のように述べている。

「専門家は、一方の手に反省的学問理論、もう一方の手にデータに基づく権限をもって実践に臨んでいる」(三島,2005)

「反省的学問理論」とは、「おのれに向けられていた批判を内面化することによって正当性を保つ学問理論」のことである(三島,2005,p.179)。

専門家的一方の手中にあるのは反省的学問理論であり、これを手にする専門家は、社会の周辺部にいる利用者とともに問題解決に取り組む協働者としての位置にあるという。この立場では、専門家だけが知識や権力をもっていたこと、「非対称性」がケアの場面で存在したことを反省し、利用者の「自己決定」「強さ(ストレングス)」「物語」などを重視するとされ、例としてセルフヘルプの場面において、専門家は主人公たる当事者たちの活動を陰で支える役割を挙げている。

また、専門家のもう片方の手には「権限」が収められているとしている。三島はアメリカのハートマンによる指摘を引用しつつ、次のように述べる。

「ハートマンは、反省的学問理論が実践に生かされる場合においても、「反社会的」と定義さ