

新春放談

HIV/AIDS 2006



語り手

- 池上 千寿子 特定非営利活動法人 ふれいす東京 代表
市川 誠一 名古屋市立大学大学院 看護学研究科 教授
伊藤 聡子 財団法人 日本国際交流センター チーフ・プログラム・オフィサー
宮田 一雄 産経新聞 東京本社 論説委員 編集委員

(五十音順・敬称略)

聞き手

岩本 愛吉 東京大学医科学研究所附属病院 院長

はじめに

岩本 本日はお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。このたびはいろいろな分野でHIV/AIDSにかかわっておられる方々にお集まりいただきましたけれども、『モダンメディア』の読者の方々は必ずしもHIV/AIDSの問題について詳しくない方々もおられると思いますので、最初に市川さんからわが国のHIV/AIDSの疫学的な現状ということでお話しいただきます。簡単に自己紹介をしていただいて、それからお話しいただけますか。



市川 誠一 氏

I. わが国における HIV/AIDS の疫学的な現状

市川 わかりました。名古屋市立大学の市川です。よろしくお願ひします。この10年間ほどHIV感染症の予防に関する研究を、厚生労働省の研究班等を通じてやってきています。特に男性同性間のHIV感染の予防を、いろいろな地域のボランティアの人たちと連携し、協働して予防を進める取り組みをしています。

岩本さんから「日本のHIVの現状の話をして」ということでしたので、エイズ動向委員会での数年間エイズ発生動向の分析等を担当してきた経緯から、私が把握している日本のHIV/AIDSの動向について説明したいと思います。

一言で言えば日本は、HIV/AIDSが増え続けている。検査で陽性だと診断されたHIV感染者、発症してエイズと診断されたエイズ患者の報告数は、それぞれ医師が診断した場合、法に基づいて厚生労働省に保健所等を通じて報告が上がります。これらの報告数はエイズサーベイランスが始まった1985年からずっと日本では増え続けています。そして90年代の半ば頃からその増え方は、指数関数的な傾きが変わって増えてきているという傾向にあります。

一方で、このような状況が国民に伝わっているかというと、必ずしもそうではないという気がします。HIV感染者、エイズ患者が共に増加しているのは、先進国の中では日本のみです。欧米先進国のエイズ患者の報告数は「HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy)」という治療法が開発された97、98年頃から下がってきているんです。ところが日

本はHAART療法を取り入れてもいまだに増え続けています。

2004年の1年間の報告数は、未発症のHIV感染者が780件、エイズ患者が385件と、合わせて1000件を超える状況になっています(図1)。検査を早期に受ける環境が整っていて、発症する前に感染がわかって治療に行けるといった環境が整っていれば、エイズ患者の報告数は下がってくるはずですが、日本は残念ながらいまだに増え続けています。「検査環境が十分なのか？」そして「医療連携が十分なのか？」これらのことが課題として今の日本にはまだあるのではないかと思います。

HIV/AIDS報告数を見ると、日本国籍男性の感染者が大半を占め、性的接触がほとんどを占めています(図2, 3)。最近の特徴としては男性同性間のHIV感染が、年間の報告数の60%を占めるという状況になっていますので、この男性同性間のHIV感

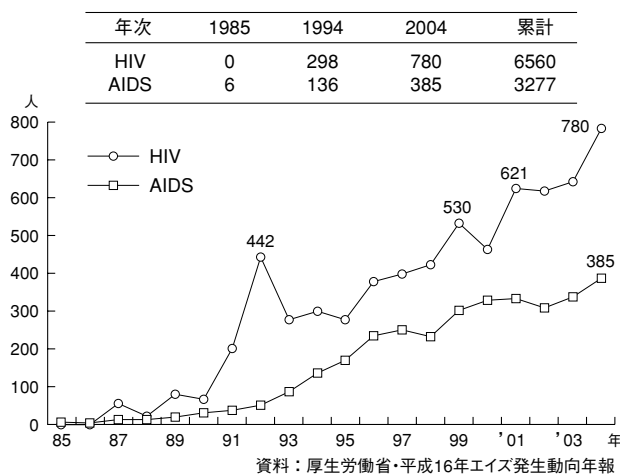


図1 日本でのHIV/AIDS報告年次推移

染の予防、あるいは医療といった対策が必要だと言えます（図4）。エイズ患者では異性間、同性間共に年間報告数のほぼ3分の1ずつを占めています（図5）。同性間感染はエイズ患者の報告数でも増加しています。最近の特徴としては、東京中心型の報告だったものが、大阪を中心とした近畿、あるいは名古屋を中心とした東海などの地域からの報告数も増加に傾いてきています（図6）。

エイズサーベイランスからちょっと離れますが、エイズブロック拠点病院、エイズ拠点病院のHIV/AIDS受療者数は、2001年に比べて2002年の受療者数が1.3倍の増加になっています。そして、その増加の割合は、東京以外の地方ブロックのほうが高いのです。もともと地方は受療者数が少ないですが、年間の増加比は1.8倍、1.9倍というブロックがあります。このことから見ても、日本のHIV/AIDS

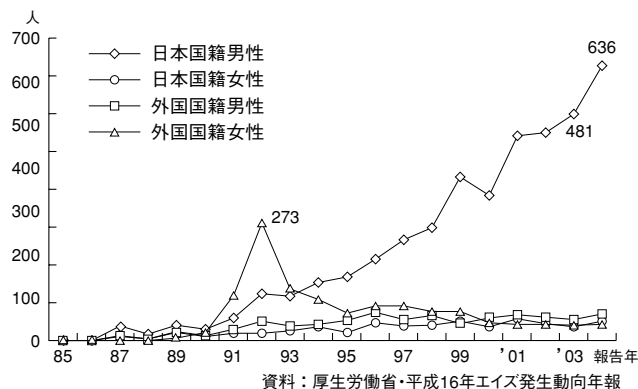


図2 HIV感染者報告数の年次推移 一性・国籍別

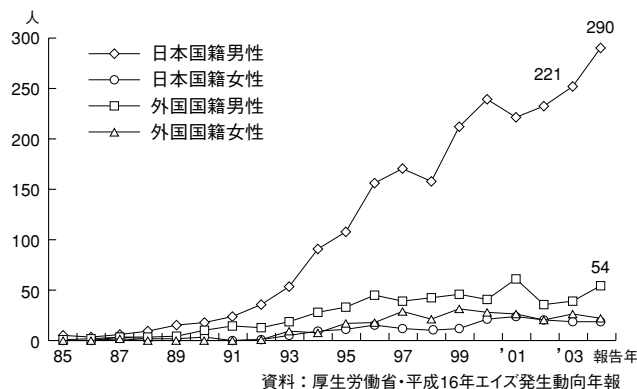


図3 AIDS患者報告数の年次推移 一性・国籍別

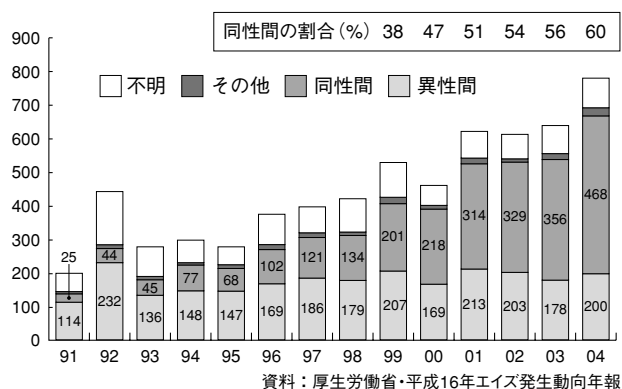


図4 HIV感染者の感染経路別内訳の年次推移

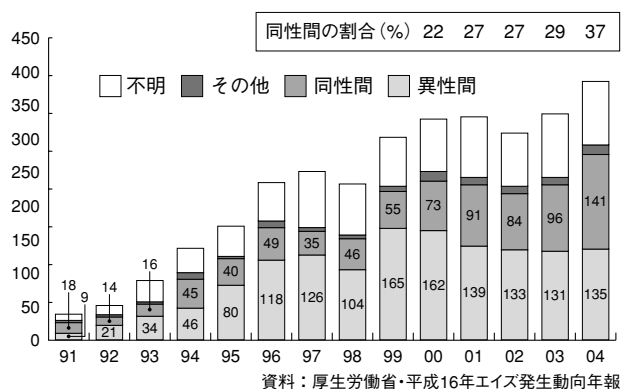


図5 AIDS患者の感染経路別内訳の年次推移

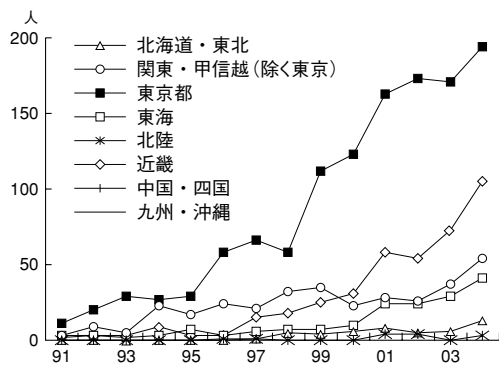
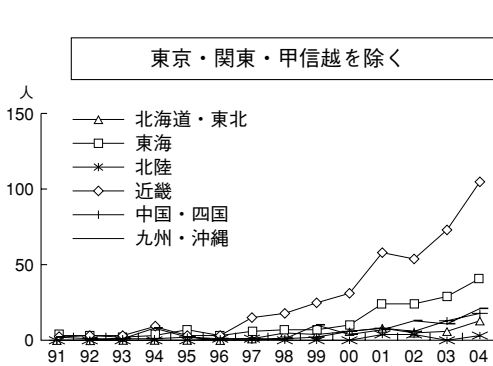


図6 日本国籍男性同性間HIV感染者の報告地別・発生動向（報告年）



は東京だけではなくて、他の地域にも感染者、患者の方がおられて、その数が増えてきている状況と言えます。

もう1点、年齢的なことですが、最近若者でHIV感染が流行しているということが言われていますが、若者の年齢を15～24歳ととらえてHIV感染者の感染経路内訳を見ると、男性同性間の感染の割合が大きいのです。これはその他の年齢層でも同じように見られます。ただ45～54歳の年齢層では同性間と異性間の報告割合はほぼ同率で各々が増えつつあります(図7)。

若い人の中で著しく増えているのは男性同性間

の感染です。学校での予防教育、性教育は、男女間の予防のみで、男性同性間のことや、セクシュアリティのことについては触れられることが少ないというのが現実なので、おそらく今後もこの若い男性同性愛の人たちには予防啓発が行き届かないというのが日本社会の現状と考えます。今後同性間の感染については、もっと抜本的に教育とか、あるいは社会環境の面での対策も考えないといけないと思います。

それからもう1点、実は異性間のHIV感染者では、30歳未満と30歳以上の報告数の推移では30歳以上のほうが増加傾向は高いんです(図8, 9)。

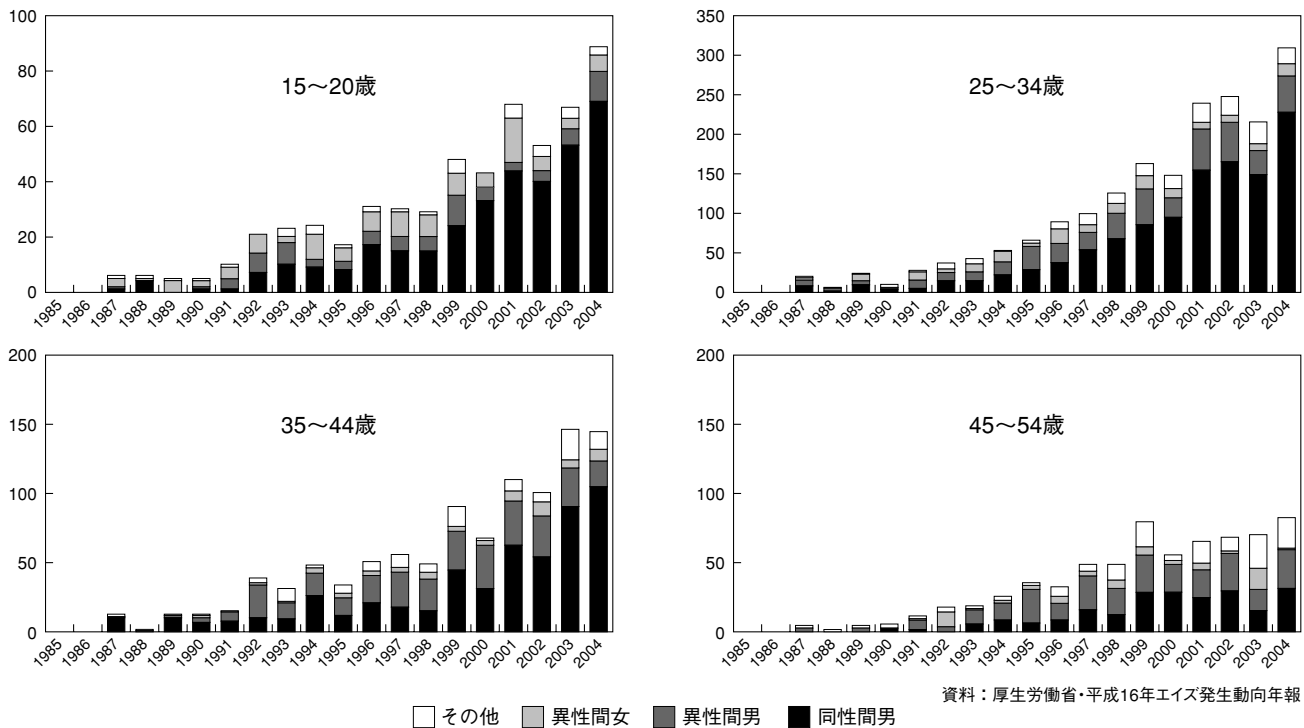


図7 日本国籍 HIV 感染者の年齢・感染経路別年次推移

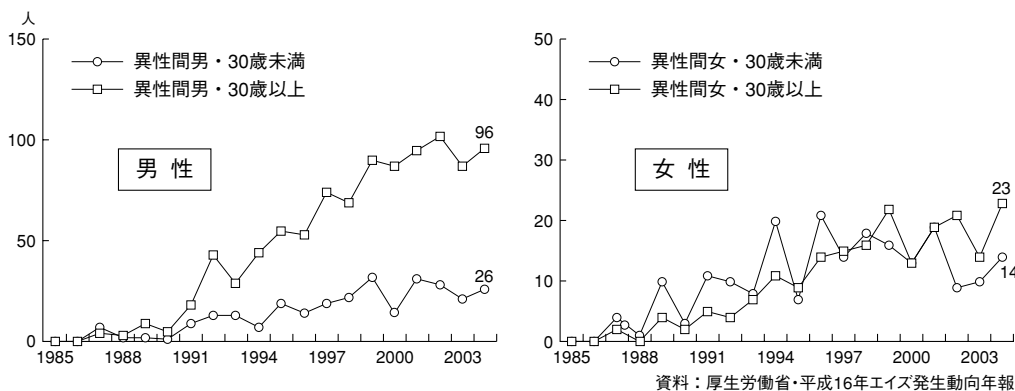


図8 報告時年齢を30歳で区分した日本国籍 HIV 感染者の年次推移
— 異性間感染 —

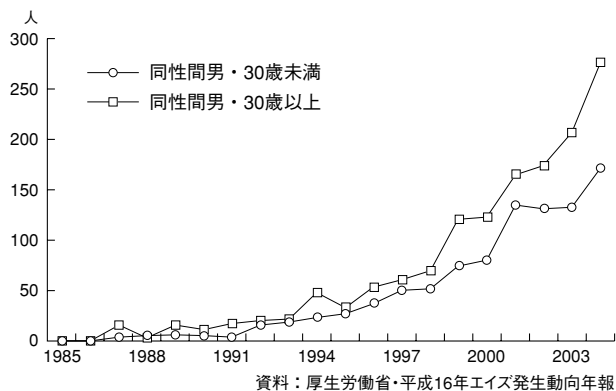


図9 報告時年齢を30歳で区分した日本国籍 HIV感染者の年次推移
— 男性・同性間感染 —

なわちおじさんたちの中で HIV 感染の報告は上昇しているのです。そういう情報は実は一般には届いていないのではないかと思います。

例えば2003年に中国に日本の某企業の人たちが慰安旅行に行って売買春の問題が発生し、国際的なニュースになりました。今のこの時代で、日本の企業がそういったことをアジアで行ってくるというのは、日本の国内の HIV/AIDS の状況、あるいはアジアでもこれから HIV/AIDS はアフリカ以上に大きくなるのではないかと言われている現状において、どうも日本人には HIV/AIDS や性感染症の予防といったことが伝わっていないのではないかと感じられるのです。

年齢層の若い人でも確かに HIV 感染者の報告数は増えていますが、そこに焦点を絞ると今度はおじさん層が見えてこなくなる。現実的にはおじさん層も HIV 感染の報告数は増えているし、発症してから報告されるエイズは40歳代中心になっています。そういったことを考えると40歳代層への HIV/AIDS の啓発も必要というのが、今の日本の HIV/AIDS の疫学的な背景ではないかと思います。ちょっと長くなりましたけれども、こんなところでいいですか。

岩本 ありがとうございます。質問はいっぱいあるんですけども、質問すると市川さんばかりに長くなるので一当たりお話していただきます。途中でどうしても質問がある場合には、質問していただいていると思うんですけども。その次に池上さんからお話していただきます。NPO 活動をされておられますけれども、その中で HIV/AIDS の問題について、どういう問題点を感じられておられるかとい

うことを伺いたいと思います。

Ⅱ. NPO 活動を通じて感じたわが国の問題点

池上 自己紹介から。私のバックグラウンドは「セクソロジー」なんですけれども、エイズが登場した1981年の直後に、そのセクソロジーを学ぶためにハワイ大学にゆきました。当時ゲイの間でエイズが広がりセックスが絡んでいるということで、他のセックスが絡まない疾患とちがって人々や社会の対応がどうも冷静ではないということを目の当たりにしまして、性と病気というのは非常に深いテーマだと気づいて関心を持ったのがきっかけなんです。

ハワイで NGO 活動をやって、その必要性を痛感して日本でも仲間とやっているわけです。横浜国際エイズ会議が1994年にありました。アジアで初めての国際エイズ会議だったのですが、それをきっかけに NGO 「ぶれいす東京」を仲間と立ち上げました。ですからもうまる12年になります。

「直接支援」「予防啓発」「研究／研修」という3本柱で10年活動を続けてまいりました。そこで感じることですけれど、「ほっておけない世界の貧困」というのがありますが HIV/AIDS に関しては「ほっておかれている日本の貧困」といえるのではないのでしょうか。

「ほっておかれている日本の貧困、HIV/AIDS」というのは、まず HIV/AIDS 予防啓発に関して行政の予算が激減しています。感染者・患者報告数は増えているのにです。それと一般的な無関心が蔓延して深くなっているということがあります。無関心というのを言い換えると、自分の周り、あるいは隣に HIV 陽性の人がいるかもしれないという前提がどこにもない。いないということが前提になっているのではないかと感じます。

例えば私たちの「直接支援」というプログラムでは、HIV を持っている人たちのための個別相談とか、療養中の方にバディーを派遣するとか、あるいは陽性の人たちが中心となって作るホームページの運営、自助グループ活動、ピアグループ活動等々をやっています。日本でしたら、拠点病院が300もある。保険でお薬も使える。身障者手帳を入手できる福祉制度もある。医療や制度としてはずいぶん整いつつあるけれども、では NGO の直接支援

へのニーズは減ったかという点に逆増えているのです。

もう4年ぐらいずっとですが、陽性とわかった方の個別の相談ニーズが増えている。それはなぜかというと、治療薬のおかげでHIVを持って長いこと生活していく生活者となれたけれど、同時に多くの課題をかかえますが、それらを安心して相談できる体制が周囲にできていない。例えばHIVと共に生きる生活者としての一番大きな問題というのは、いかに生活を維持するか、あるいは再構築するかということですが、多くの場合、職場に感染のことを言っていない。

言えていない中で通院・服薬を続けていくというストレスを抱えてしまうわけです。そういうことを相談できる相手がない。信頼できる会社の同僚に言ったところ、人事に漏れてしまい今度は人事の人がパニックを起こしてしまう例もあります。つまりいないことが前提だったのに急にいるんだということに突き付けられると、準備ができていないのでどうしていいかわからない。人事担当者が私たちのところに駆け込んできて「どうしたらいいんでしょう」というような相談もあります。

幸い、最初はどうかやって退職させようかと慌てたのに、じっくりお話ししたら「なんだ、そのまま受け入れればいいんですね」と変わってくださって、それは大変ありがたいんですけども、そういうプロセスのための支援機関がNGOしかないのです。しかもそういう支援に対して評価がなされないものですから、無償ベースどころか手弁当でやらなければならない。経済的な困難さというのはNGOの付きもので、一向に解消しないのにニーズは山積みになるのです。

予防啓発というと、学校教育でと言われるわけですが、やはり学校の中には陽性の子供がいない、あるいはゲイの人はいないというのが学校教育の前提になっているので、発しているメッセージが曖昧になるし、求められている情報が提供されていないと思います。予防啓発のための電話相談も10年やっていますが誤解や偏見は解消されていません。

HIVを持ったことが新たにわかった人たちと話していても、例えばセックスワークだけが感染原因であるとか、恋愛関係なら感染しないといったような誤解が蔓延していると痛感します。むしろ誤解を広



池上 千寿子 氏

げてしまった。それというのも実際にウイルスは人も選ばない、職業も選ばない、国籍も選ばないのにそういう情報は実は提供されていなかった。あるいは具体的な予防方法が伝えられていない。そして重要な感染経路であるセクシャリティーのことについても全く触れられていない。

性のことは語りにくいので、「差別はやめましょう」というスローガンでお茶を濁されているという現実があると思います。ここにも、周囲にいないし私とは関係がない、とりあえず教育をしなければいけないけれども「自分の事」ではないと前提があると思います。

「研究／研修」というもう1つの柱ですけれど、私たちはHIV/AIDSというのは社会的な現象でもあると捉えています。社会的な取り組みをしなければ有効な対策は講じられないということで、人材育成が大切だと思っています。それは私たちと共に活動する人たちの育成だけではなく、予防やケアのいろいろな場面で専門職も含めてHIVとかかわる人たちにセクシャリティーについて、カウンセリングについて、プライバシーについてなど多様な研修をしています。そういう人材を育てていくことは、HIVだけでなく、いろいろな分野に有効だろうと思います。

そういう重要なプログラム展開をしていると自負はしているのですが、NGOがケアと予防の実績の中から研修のプログラムを開発しますよね。つまりソフト開発ですけど、やはりそれに対して経済的評価がされない。だから行政予算がどんどん減っていく中で「NGOに頼めば、大変お安くあるいは無

料で何でもやってくれるのではないかと、すごく便利に使われる。そして「プログラムの開発と運営には経費が掛かるんです」と言う、「非営利ではないんですか」なんてことを言われて。(笑)

非営利活動だって事務所の家賃は払わなければいけないし、責任あるプログラムのためには専従が何人も必要なわけです。その人件費とか家賃を全く考慮されないのは、やはり日本においてはNGOの責任あるプログラムが、プログラムとして認知されていないからだと思います。自発的に勝手にやっているという社会の認知レベルを超えるのがいかに難しいかを実感させられます。

ただ問題点だけではなくて、この間大変いい意味で変わってきたことは、ウイルスを持っている人、当事者たちが自分たちの経験などをどんどん生かして、予防啓発にしろ直接支援にしろ研修にしろ、役立ててほしいという形の社会参画が活発になっていることです。これは本人にとってもともに活動する側にとっても大変意味があるのですが、活動のパートナーとして参画してくれる当事者がすごく増えてきた。

その結果、「Living Together」というキャンペーンもできるようになったんです。日常活動の中で「ウイルスより人がこわい、でも人はウイルスよりたくましい、すてきだ」と実感させてもらえること。ここが民間活動をやめられない原因といいますか、(笑)「苦しい」「難しい」「あれもだめなの、なぜ?」とか言いながらなぜ続けているのかということになりますと、そこら辺かなという感じがしております。

岩本 ありがとうございます。次に宮田さんにお願いします。先ほど池上さんの話の中に出てきましたけれど、日本では1994年にアジアで初めて国際エイズ会議があったわけです。今年の7月にアジア太平洋のエイズ会議が開かれ、その中で非常に大事な役割を果たされた宮田さんに、国際的な状況の中でこの10年ぐらいの間における日本の状況とといった観点でお話いただければと思います。

Ⅲ. 世界から見た日本

— この10年でどう変わったか —

宮田 では自己紹介から。産経新聞の論説委員の宮田と言います。私は1987年の1月に神戸で日本



宮田 一雄 氏

国内初の女性のエイズ患者症例というのが報告されたときに、ちょうど社会部の厚生省担当記者だったのでそこからHIV/AIDSの取材を始めました。

「何でいつまでもやっているの?」ということをよく聞かれるのですが、逆に私にとってみれば大変な問題だということで取材を始め、その問題が一向に解決していない。むしろ事態は深刻化していくということなので「何でやめちゃうの?」というほうが不思議な感じがします。

今日は、1994年8月に開かれた横浜の第10回国際エイズ会議と2005年7月の神戸の第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議という2つの大きな国際会議の10年あまりの間に、世界と日本の状況はどう変わったかという非常に大きなテーマを与えられて、そんなことをしゃべれる人は世界中に誰もいないという感じですが、私なりにちょっと資料を作っておきました。これもまた参考にさせていただけたらいいと思いますが、かいつまんで話をします。(表1)

私は93年3月～96年8月まで産経新聞のニューヨーク支局に勤務していたので、残念ながら94年8月の横浜の国際エイズ会議のときには日本にいませんでした。したがって横浜の会議の様子は伝聞でしか知らないのですが、当時のニューヨークのエイズアクティビストたちもこの会議には関心が高く、たくさん参加しています。

会議の一カ月前ちょっと前にニューヨークではストーンウォール暴動25周年という大きなイベントがありました。これはニューヨークのグリニッチ・ビレッジのストーンウォール・インというゲイ・

表1 横浜から神戸へ — HIV/AIDSをめぐる国際的動向 —

1994年8月	横浜、第10回国際エイズ会議 HIV陽性者およびNGOの参加を促進するためのオフィスも特別に設けられ、HIVコミュニティの広範な参加によって成立する会議であることが強く印象付けられた。こうした動きが12月のパリ・エイズサミットにおけるGIPA原則の採用に向けた大きな流れを生み出していった。一方、治療に関しては、薬剤耐性ウイルスの出現や副作用により、AZTを中心にした抗HIV薬の治療効果に疑問がもたれ、前途に明るい展望は見られなかった。米国などでは長期化するHIV/AIDSとの闘いに対する厭戦ムードも強まった。
1996年1月	ワシントン、米国エイズ会議 ワシントンで開かれた米国エイズ会議でカクテル療法の効果が話題になる。95年12月には当時のクリントン大統領が全米のエイズ研究者、アクティビストをホワイトハウスに招き、米国はエイズの治療の研究に力を入れると約束した。大統領選挙前年のこのパフォーマンスは、カクテル療法の効果に関する情報が大統領のもとに入っていたからではないかと思われる。
1996年7月	バンクーバー、第11回国際エイズ会議 治療に関する希望が大きく開け、バンクーバー会議では「一つの世界、一つの希望」が標語になった。これに対し、治療薬が手に入らないアフリカなど途上国からは「どこが一つの世界で、どこに一つの希望があるのだ」と反発の声が起きた。治療に対する希望は逆に途上国のエイズの流行の深刻さを再認識させることになった。
1998年6月	ジュネーブ、第12回国際エイズ会議 先進国と途上国の治療のギャップが一段と鮮明になる「ブリッジング・ザ・ギャップ」がテーマだったが、橋がかかるところか、ギャップの大きさを再認識する結果になった。
2000年1月	ニューヨーク国連安保理でエイズ対策集中討議 米国が議長国となった2000年1月の国連安保理はアフリカ問題を一カ月間、集中的に討議することになり、その最初のテーマとして1月10日にエイズ問題が取り上げられた。途上国、とりわけアフリカのエイズの流行の深刻さが認識され、その後のグローバルなエイズとの闘いを方向付けるきっかけになった。
7月	ダーバン、第13回国際エイズ会議 「沈黙を破れ」をテーマにして開かれたダーバン会議では途上国のHIV陽性者が治療のアクセスを強く求めた。 沖縄、九州沖縄サミット（主要国首脳会議） エイズを中心とする地球規模の感染症対策が重要課題として取り上げられ、日本は沖縄感染症対策イニシアチブ(IDI)を発表。当時の森喜朗首相が、途上国の感染症対策には新たな追加的資金が必要であることを各国首脳に呼びかけた。
2001年6月	ニューヨーク、国連エイズ特別総会 締切時間を設けた対策目標であるコミットメント宣言が全参加国の賛成で採択された。
2002年1月	ジュネーブ、世界エイズ・結核・マラリア対策基金発足 途上国の感染症対策を支援するための新たな資金メカニズムが誕生した。
2003年12月	3バイ5構想実施計画スタート WHOとUNAIDSが提唱する3バイ5構想(2005年末までに途上国の300万人に抗レトロウイルスを提供)が動き始めた。
2004年7月	バンコク、第14回国際エイズ会議 2万人が参加する巨大会議。タイ政府が国家プロジェクトとして開催。「アクセス・フォー・オール」をテーマに治療へのアクセスが一段とクローズアップされた。「約束はもういらぬ。必要なのは実行することだ」という声も聞かれた。
2005年7月	神戸、第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議 アジア・太平洋地域のエイズの流行の本格化に対する強い危機感が、日本政府以外のすべての参加者に共有された。アジア・太平洋地域はいま分岐点に立ち、「いままで通りのやり方」では現在の危機的状況に対応できないこと、予防と治療・ケアを両立させた包括的対策のスケールアップが急務であることなどが強調された。日本政府は「いままで通りのやり方」を尊重し、厚生労働大臣の開会式ドタキャンという鮮やかな政治的意思を示すことで日本の現状を参加者に伝え、会議の成功に貢献した。 総選挙ではどの政党もマニフェストにエイズ対策を取り上げることはなかった。

出典：宮田一雄氏

バーが手入れを受け、それを機に同性愛の人たちが激しい抗議をして暴動状態になったという有名な事件です。

その25周年ということで主催者発表100万人というパレードが、国連本部からセントラルパークまであったりして、ニューヨークのエイズアクティビストは非常に盛り上がっていた。その頃ニューヨークに伝えられていたのは、「日本はひどい国なんだから」ということでした。「HIV感染者は日本にいと生活できないので、みんな太平洋をボートでこいで渡ってきてアメリカで治療を受けている」というようなことを書くアメリカの雑誌もあり、ニューヨークのACT UPというグループのメンバーにも、とにかく日本というのはひどい国だから、ひとつおれたちが行って教えてやろうかみたいな感じがありました。

「そんなことはないんだ、とにかく見てきてくれ。会議でデモやったりして暴れまくるのもいいけれど、誰の足を引っ張ってよくて、誰の足を引っ張ってはいけないかぐらいはちゃんとみきわめてほしい」というようなことを言って送り出したんです。

帰ってきた人たちに「どうだった？」と聞くと、「素晴らしかったよ」という感じで、これはどうしてかと言うと、横浜会議ではHIV陽性者やエイズ関係のNGOの方の参加を積極的に促進した。経緯はいろいろありましたが、参加を促進するための専門のオフィスもつくられて、日本のNGOを代表する人物ということで池上さんがそのオフィスの代表をされていました。

もともと国際エイズ会議というのは医学の学会的な性格のところから出発したんですが、横浜の10回目、あるいはその前の7、8回目ぐらいから、かなりHIV陽性の人々が積極的に参加するようになってNGOの参加も増えている。その流れが決定的にオフィシャルに大きなものになったのが横浜の会議だったと思います。その意味で1994年の会議は画期的であった。会議の大きな盛り上がりはその年の12月のパリ・エイズサミットという各国の保健大臣クラスが参加したエイズサミットに引き継がれてGIPA原則が共同宣言で採択されました。

GIPAは「Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS」の略で、HIV陽性者の積極的な参加の促進という原則です。政策決定過程には企画段

階からHIV陽性者を入れろ、いろいろな対策の実施にあたっては必ず参画させろという大きな流れが生まれていった。

ただし一方で1994年当時は治療という面から言うと非常に落ち込んでいたときで、80年代の終わりからAZTを中心にした抗HIV治療薬の治療効果が非常に期待されていたのに耐性ウイルスが出てくるとか、副作用があるとかいうことで、どうも治療の前途は暗いぞといった感じになっていた時期なんです。

そういう厭戦ムードの中で長いことエイズとの闘いの先頭に立ってきたHIV陽性者のリーダーたちが死んでいくというような状態でした。いわば困難な後退戦を必死になって支えている状態だった。そこから生まれてきたのがGIPAの原則だったんですが、そういう94年の会議からだいたい2年ぐらいして状況が大きく変わりました。

最初に報道されたのは1996年1月にワシントンで開かれた米国内のエイズ会議での報告でした。このときにはアメリカは国内で国際エイズ会議が開けなくなっていたので、米国内のエイズ会議を開いたんですが、その会議でいわゆるカクテル療法の効果が話題になった。さらに同じ年の7月のバンクーバーの第11回国際エイズ会議でも注目されて、ほぼその効果は間違いないだろうというような感じになって一気に希望が出てきたわけです。

バンクーバーの会議では「1つの世界、1つの希望 (one world, one hope)」というのが標語のようになっていたんですが、これに対して今度はアフリカを中心に途上国から、いったいどこがone worldでどこにone hopeがあるんだという強い反発が出ました。確かに治療の進歩によって助かるのではないかという希望が出てきた。でも、それは治療薬を継続的に使える人、つまりある程度経済的に余裕がある先進国のHIV陽性者にとっての希望であって、途上国ではそんな薬は手に入らない。どんどん死んでいく。

こういう命の格差みたいなものが、治療の進歩によって逆に鮮明になってしまったということで、このあたりから途上国の流行が非常に深刻なんだということが注目され、2年後のジュネーブの第12回国際エイズ会議では「ブリッジング・ザ・ギャップ (ギャップを埋めましょう)」という標語に変わって

いったんです。

さらにそうした認識が、一気に世界の指導者にまで広がっていったのが20世紀末の2000年～21世紀初頭にかけてで、まず2000年1月10日にニューヨークの国連本部で安全保障理事会のエイズに関する集中討議がありました。安保理というのは1カ月交代でアルファベット順に議長国が代わりますが、たまたま2000年1月はアメリカの番だった。

当時はコンボ紛争も一段落しており、何をするかということで議長国アメリカはこの1カ月をアフリカ月間にしました。アメリカの大統領選が2000年11月にあるので、民主党の次期候補であるゴア副大統領としては、アフリカ系アメリカ人の票をがちっと固めておきたいという政権事情もあったのではないかと推測されますが、とにかくアフリカに焦点が当てられることになりました。

その1カ月のトップバッターがエイズ対策でした。まる1日かけて各国が演説をした、日本も演説をした。それを通してアフリカを中心にした途上国のエイズの流行の深刻さが認識され、これは何とかしようということになったわけです。

その半年後の2000年7月には南アフリカのダーバンで、第13回国際エイズ会議が開かれました。横浜がアジアで初の会議だったのと同じように、ダーバンはアフリカで初の国際エイズ会議なのですが、そこでの標語は「沈黙を破れ (Break the Silence)」。とにかくアフリカのHIV陽性者は黙っていたのでは自分たちはどんどん死んでいってしまうというので、治療を受けたいというデモや激しい抗議もあって、途上国のHIV陽性者がクローズアップされました。

それから同じ月なんですけど、日本でG8の九州沖縄サミットがあって、ここでは地球規模での感染症対策が重要課題として取り上げられました。当時の森喜朗首相が途上国の感染症対策には、新たな追加的資金が必要であることを各国首脳に呼びかけて、それがG8諸国の共通認識になりました。この呼びかけが後に世界エイズ・結核・マラリア対策基金につながっていくわけです。

翌年2001年になると6月25日から27日まで、ニューヨークで国連エイズ特別総会が開かれて、コミットメント宣言が採択された。これは2003年、2005年、2010年と3種類の締め切り時間を設けて

対策の実施を各国が約束するという宣言でした。そういうことでどんどん、HIV/AIDSのパンデミック(世界的流行)は大変な問題である。医学だけではなくて世界の経済、政治、安全保障、文化すべての面に影響を与える大きな現象であるということが認識されて、地球規模の対策が取られるようになっていきました。

その結果、世界エイズ・結核・マラリア対策基金が2002年1月に発足し、途上国の感染症対策を支援する新しい資金メカニズムが誕生した。その次の年にはWHOとUNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: 国連合同エイズ計画) が「3バイ5構想」を提唱しました。今途上国には緊急に抗レトロウイルス治療を必要とする人が600万人いるんですけども、少なくともその半分の300万人には2005年末までに治療を提供できるようにしようという計画です。

2004年7月にはタイのバンコクで第14回国際エイズ会議が開かれ、2005年7月に今度は神戸で第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議が開かれるということで、アフリカの非常に深刻な現状と共に、世界人口の6割を占めるアジアに対する関心も高まっています。HIVの感染が急激に増加しているという事態の深刻さが認識されるようになってきました。その意味で2005年7月のアジア・太平洋地域エイズ国際会議というのは非常に重要な会議でした。

ここで特筆すべきなのは、この会議が政府主催ではなく、研究者とNGOとHIV陽性者が力を合わせて何とか開催にこぎつけたことです。いわゆる日本のHIVコミュニティという、あったのかなかったのかも分からない、吹けば飛ぶような存在だったものが、あまり大きな政府の支援を受けることなく、どちらかと言えば冷たい仕打ちを受けた時期もありましたが、それにも耐えつつ会議を開いた。しかも開会式の日には厚生労働大臣が国会の都合で来られないというアクシデントがあった。世界中から集まった参加者が「何て日本の政府というのはひどいんだ」「そのひどい政府の下で君たちはよくこんな会議が開けたね」と組織委員会に同情が集まり、厚生労働大臣の開会式ドタキャンというアクシデントのおかげで会議が成功するという、非常に皮肉と言えば皮肉な結果になりました。

この結果を生かすべく、これからどうやっていく

のかというのは今私たちの課題で、日本は不況がずっと続いていたとはいえ、世界有数の経済力を持ち、グローバルな HIV/AIDS 対策に対する貢献度は非常に高い、評価も高い。ところが一方で国内のエイズ対策は、先ほど市川先生や池上さんをご指摘のように、非常に関心も低く予算も削られている。国民が関心を持たないものに、多額の ODA 資金を税金で出し続けるということが可能なのかどうかということも含めて、日本のエイズ対策は、もう一度ここで立て直しを図る必要があるのではないかと私は思います。

岩本 ありがとうございます。それでは伊藤さんをお願いしたいと思います。国際貢献として日本がやってきた話が出ましたけれども、そのあたりを少しおまとめいただければと思います。

IV. わが国のエイズに対する国際的な貢献

伊藤 私は日本国際交流センターという、設立 35 年になる民間の財団法人に勤めております。「国際交流」というと、例えば留学生を受け入れたり姉妹都市交流などを思い浮かべられるかもしれませんが、私どもは、この言葉をちょっと広めにとらえておりまして、国際関係やグローバルな課題を巡る各国のオピニオンリーダーの国際対話や共同研究をオーガナイズしている組織であります。

私自身に関しましては、担当していた 2 つのプロジェクトがきっかけで、このエイズの世界にかかわりを持つようになりました。今から思うと全くの偶然でした。アメリカの企業で社会貢献のテーマとしてエイズに大変関心を持っている企業がありまして、1997 年からその企業の財団と私のセンターとが連携をして、日本の NGO の方々に資金助成をするという仕事をしておりました。助成の対象分野は、英語で言うと「social justice」というのですが、社会正義と訳しています。福祉の概念とはちょっと違って、社会的に不公正な立場におかれている人々、社会の辺縁部にあってフルに社会に参画できないような方々を力づけ背中を押してさしあげるというような助成プログラムだったのです。

具体的なテーマとしては、97 年当時に見え始めてきた大きな社会問題は、ドメスティック・バイオレンスの問題ですとか、ホームレス、児童の虐待、

薬物依存などがありました。あるいはドメスティックバイオレンスの前にはストーカーという問題もありました。そういう大変重い社会課題ばかりを扱う助成プログラムだったんですが、その中にエイズが 1 つ大きな柱としてあったんです。これはもともとのドナーであるアメリカの企業が、サンフランシスコが本社の企業だからです。ご存じのように、サンフランシスコは同性愛者の大変多い町でして、その企業にとってはエイズの問題というのは自分たちのコミュニティの死活問題だという意識が非常に高いんです。名前を申しますとジーンズのリーバイスなんですけれども、たぶん世界の企業の中で一番最初にエイズの問題に企業として取り組み始めた会社だと思います。

エイズをはじめいろいろな分野の NGO の方々から助成金の申請書をいただきまして、年間 100 件、山積みの申請書を読んでおりました。最初は全くの素人でしたので、何も知りませんでした。エイズ NGO の皆さんから出された申請書を読んで勉強してきたようなものです。正直申しますと最初は申請書を読むことに大変抵抗がありました。微妙な性の問題を扱っていたり、あるいは感染者の皆さんの皆さんから上がってくる申請書は大変内にこもったものが多くて、客観的に審査員を納得させられるようなものが非常に少ない。また、申請書の紙の間に「こういうものを作りました」と啓発用のコンドームのパッケージが入っている。普通は日常の仕事の場で触れることはありえないわけですから、最初は大変抵抗があったのは事実なんです。

ところがこれを 1、2 年やっている間に大変面白いと思うようになりました。というのはいろいろな分野の NGO の活動を拝見している中で、エイズ分野ほど、NGO でなくてはできないことがクリアに見えてくる分野はなかったんです。NGO ならではと言いますか、硬い言葉で申しますと行政に対する民間非営利組織の比較優位性とでもいいでしょうか。ホームレスや障害者やドメスティックバイオレンスなどの分野よりもエイズの場合が非常にクリアでした。それでこの分野が面白いと思ってのめり込んでいったのが最初のきっかけです。7 年ほどこの助成プログラムを運営しながら、いろいろな NGO の方と知り合いになり、事業をお手伝いしたり、全然関係ない分野の人を引き合わせるような仕事をし

ておりました。

先ほど2つと申しましたが、もう1つ昨年からのエイズにかかわり合いを持つようになったのが、先ほど宮田さんから何回か話ができました世界エイズ・結核・マラリア対策基金という国際機関の仕事でございます。この基金は、エイズ・結核・マラリアという3つの感染症対策のためだけに資金を提供する基金です。国連機関ではなくG8先進国サミットの主導でスイスに設立され、97%ぐらいは政府系の資金ですが、例えばゲイツ財団のような民間財団も大きな資金を出していますし、細かい資金では例えばリアル・マドリードのようなサッカーチームが試合の売上金を寄付するとか、いろいろな形の寄付が集まり始めています。

この基金は、国連機関のように大きな組織にしないというのが最初からの約束事でございます、集めた資金はできるだけ途上国に流していく。だから事務局機能はできるだけ小さく保つ。何十億ドルという大きな資金を扱っているのに100人程度しかスタッフがいないんです。それでやはり資金調達や広報面で手が回らないということで、基金の応援団を先進国につくろうではないかということになった。それで日本とアメリカとヨーロッパに1つずつ、世界基金を支援する民間の組織が3つできたわけなんです。世界基金支援委員会、英語で言うと「Friends of the Global Fund」と言いますが、私共のセンターで日本の委員会の事務局をつとめています。

委員会は、基金本体とはオフィシャルな関係は他にもありません。資金も人材も独立しています。世界基金を盛り立てて、世界基金と世界基金の到達しようとしている感染症対策の目標に対して側面支援をしていくという仕事です。岩本先生も委員になってくださっています。

自己紹介が長くなりましたが、日本の対外援助政策の中でのエイズへの取り組みについてお話しします。先ほど横浜の国際エイズ会議が1994年という話が出ましたが、ちょうどこの1994年から今までの10年余りの間、日本の対外援助政策の中でエイズは常に重点項目の1つに挙がっております。

具体的には94年から7年間は「人口・エイズに関する地球規模イニシアティブ」という名前の政策がありまして、それを引き継いで2000年の沖縄サミットで「沖縄感染症対策イニシアティブ」が出さ



伊藤 聡子 氏

れ、この3月に5年間が終わったところです。そしてこの2005年5月からは「『保健と開発』に関するイニシアティブ」と、この継続した3つの保健関連のイニシアティブの中でいずれもエイズが重点項目として挙げられております。1つの疾病で大きく取り上げられているものとしてはたぶん特殊だと思います。

ただしどうも印象が薄い。受益国からもあまり認識されていないような気がしますし、国内でも日本がエイズに対してもものすごく援助しているという意識もないのではないかと思います。いくつかの原因があると思うんです。ひとつには、日本のODA政策一般がどうしてもインフラ重視なんです。感染症対策といっても病院を建てたり、感染症は水がとても重要なので、安全な水をつくるためのインフラの工事も入ってきますので、全体としてそういう大型のインフラ工事の予算が大きくなってしまっているので、純粋にエイズ対策として分類できるような事業の割合が大変少なくなってしまう。

手元の資料ですと、沖縄感染対策イニシアティブで、今まで約41億ドルを援助しているんですが、そのうちエイズ事業は10%に満たないんです。つまり4億ドル弱。このぐらいしかないというのが現状であります。そういうインフラとの差、割合感というのが認識の薄い1つの原因だと思います。

2つ目は他国との比較です。割合が低いとは言っても分母が大きな数字ですから、額としてはかなりの援助額になります。正式な統計は出されていないんですけれども、いろいろな資料をかき集めてみますと、94年から現在まで日本政府のODAの対外援

助と、世界基金への拠出の中でエイズ対策事業の割合を考えると、だいたい日本はこれまで7億ドルぐらいエイズ対策事業に援助をしているのではないかと考えられます。日本円にすると800億円という大変大きな規模なんです。

これは確かに大きいんですが、実際に他の国と比べてみるとどうか。アメリカですと感染症という包括的なものではなくて、エイズだけに絞って5年間で150億ドルという大変大きな金額の援助政策を打ち立てています。イギリスも3年間でエイズだけに27億ドルという金額を打ち立てております。日本も相当の金額を援助しているんですけども、やはり他の先進国、特に米英と比べると相対的には低くなってきてしまう。こういうところが1つの認識が薄い原因だと思います。

もう1つはこれはよく言われるんですが、人材がない。アメリカのように国内問題としてエイズが大きくなかったのでエイズ対策の知見が国内に十分蓄積されていない。海外に援助活動に行ける医療専門家も少ない。NGOも育っていない。そういう中でどうしても顔の見える支援ができないということで逆に言うと、日本がかつて強かった結核対策ですとか、ポリオですとか日本の知見を生かせるような感染症全般で援助したほうが日本としては得策なのではないかという考えがあり、より包括的な感染症対策ということになっているんだと思います。

今政府の対外エイズ政策について、これでいいんだという人と、インフラだけではなくもっと具体的なエイズ対策を重視すべしという人といろいろな意見があると思いますが、皆さんどんな立場の方も意見が一致するのは、とにかく人材を育成しなくてはいけない、ということです。海外でエイズ対策ができる国際保健の人材を育成しなくてはいけないというのが、おそらく今誰もが口をそろえておっしゃっていることだと思います。

もう1点お話ししたいのは、先ほど申しました世界エイズ・結核・マラリア対策基金についてなんですけれども、日本政府は今年の6月にこの基金に対して当面5億ドルという大変大きな金額を出すことを発表しました。私どもの委員会は、この決定に直接的に貢献したというわけではないですが、日本委員会という多様な有識者が集まる場ができたことが、1つの追い風になったのではないかと自負して

います。

ただ先ほどからご指摘のように、外にばかりお金が行って、日本国内のエイズ対策はほっておかれているという現状は確かに私も憂いていることであります。「なけなしのお金をさらにまた海外に持って行くのか、日本はどうするんだ」ということをいつか宮田さんに言われたことがありますね。世界基金支援委員会なので基本的には途上国の感染症問題を扱いますが、この問題は国内だ国際だと切れないんです。政府であれば、こちらは外務省、こちらは厚労省と縦割りになっているのですが、我々のような民間の組織は両方できるところがいいところです。途上国のエイズの話をする時にも、「でも実は国内でも感染は増えているんですよ」という足元の話を入れられるようにしています。

企業の方にしてもそうです。企業向けには、日本企業が進出しているアジアや中国のエイズの現状をお話しすることが多いのですが、日本でも90年代に多くの大企業は職場のエイズ政策を作られていますね。国内でもアジア諸国と同じような状況で感染が増えている。中年の男性の感染が増えているんだというような話を必ず入れるようなことにしています。そういうことで相乗効果が出てくればいいなと考えています。

V. ハイリスクの人たちにどうやって 予防メッセージを伝えるか

岩本 ありがとうございます。大体一当たりお話しただいたんですけれども、もうここからはそれぞれ入り乱れてお話しただこうと思います。中でも話題になっていますのは、やはり国内問題が少し置き忘れられているということですね。先ほど市川さんの話の中で1つは若い人たちの、特に若い人たちの中で男性同性間の方々の感染が増えているということがありましたけれども、そういうところにメッセージというか、情報がちゃんと届いていないのではないかと。

あるいは逆におじさんもほっといていいかということ、おじさんも決して大丈夫な世代ではなくて、その人たちにも必ずしも情報が行っていないのではないかと気がいたします。そういう予防メッセー

ジをもう少し効率よく上げていくにはどんなことをしたらいいとか、そういう面からいかがですか。

市川 男性同性間では、この5、6年ぐらいのところでだいぶ状況が変わってきています。池上さんが言ったように、NGOの人たちが組織を通して自分たちの力や自分たちの意識とかを、自分たちのコミティーや仲間達に伝えていくという方法を開発し、届けていくということは今少しずつですができるような状況になってきていると思います。

ただそれを社会がきちっと支援しているかということ、そうではないと思います。例えば最近では行政の人にもだいぶ理解してくれるようになってきつつありますが、ゲイの人たちのエイズ対策というものに行政として支援をしてほしいとか、取り組んでほしいということを言うと、税金は国民のためにあって、一部の人のために使うことはなかなか難しいという話がよく出てくるんです。僕はゲイの人でも市民、国民なので同じようにそういう対策を立てることは別に問題ないのではないかということを言っていますが、なかなか行政としてはそういう取り組みができないということがあります。

一方で、学校教育を見ても、ゲイの人たちの問題を取り上げるというのは学校では大きな問題になる。保護者からもクレームが来るのではないかといろいろなことを問題にしている。結局ゲイの人達の問題というのはどこも取り上げてくれないで、置き去りになっていってしまう。そういう中でどうしたらいいかということ、結局は自分たちが自分たちのボランティア組織を作って、自分たちの仲間伝えていくという方法しか取らざるを得ないのが現状だと思います。

自分たちの目線で、自分たちの言葉で、自分たちの方法で、同性愛者の人たちに予防のメッセージ、あるいは医療とかの情報を伝えていくようなことをしていくしかないというのが、今の状況だと思うんです。ただ、幸いなことにそういう方法は、本来行政が啓発資材を作って配るよりも、ずっと効果性の高い啓発を生んでいるということにもなっています。

私は同性間で感染が増えている現状は、1つは積極的な対策をしてこなかった、同性愛者の人たちに向けた対策に取り組んでこなかったということに、大きく原因があると思っています。例えばおれいす東京とかいくつかの団体は、同性愛者のための予防

プログラムをやっています。90年代の頭ぐらいからいろいろなプログラムを自分たちで考えて啓発してきていますが、その活動への支援はその頃十分にされていない。せっかくいい資材を作ってもそれを拡大していく予算を計上していない。そういう意味でのNGO評価がされていないということも日本の今までの十何年間のエイズ対策の問題点ではないかと思います。

同性間の感染を予防するためには、同性愛者の人たちが自分たちの目線で作る資材開発と普及活動を支援すること、そして組織運営を活性化していくようなエイズ対策を立てること、そういうことを日本では今後していかないと、十分に同性間へのエイズ啓発は普及していかないだろうと思います。

一方でおじさん層ですね。これは非常に難しい問題だと思います。

VI. 同性間の問題を社会の中に どう取り込んでゆくか

岩本 ちょっとおじさんの話は置いておきましょうか。ゲイの人たちの話から言うと、この数年間だけで見てもテレビとかマスコミでわりとある意味ではゲイの人たちはむしろ出やすくなっていますよね。ところがそういう中へゲイの人たちの集団の中には、非常に今HIVが多いんだというメッセージはある意味、公には入れにくい部分もあるのではないのでしょうか。

確かに感染が広がっているのはゲイの人たちの間ですが、ゲイの人たちは一部テレビでは最近よく出ているのではないですか。その人たちにエイズというイメージだけくっつけたら、これまた変になりますよね。

市川 テレビで出ている KABA.ちゃんとかいろいろありますよね。

岩本 いろいろな人がいますよね。最近、土曜日の7時頃のテレビでびっくりする人が出ていますが。(笑)

宮田 ハードゲイ。

市川 いろいろそういう人がテレビやマスコミに最近はかなり出てきていますが、あれが同性愛の人たちの典型だと思われてしまうと、そうではないと思います。HIV感染という問題を日々抱えている人



岩本 愛吉 氏

もいる。自分がゲイであることを親にカミングアウトしている人は調査によれば10%程度なんです。お母さんに言えても父親になると2~3%程度です。自分のセクシュアリティを親にも言えない。親に言えなかったら誰に相談するか、友達しかいないです。友達といってもヘテロセクシュアルな友達が理解してくれるかということもあってなかなか友達にも打ち明けにくいです。そういう社会環境の中に生活しているというのが、彼らの現状でもあります。

ですからマスコミが芸能的な面白さということだけで出しているものと異なって、自分の中で抱えている性的なことをオープンにできるかといえばそうではないという問題があります。私は今までエイズ発生動向の中で、同性間の問題を認識していますが、国とか行政とかにはその点を話しはしても、マスコミにはなるべく言わないで来ました。例えばHIV感染者の60%が男性同性間感染ということを今年初めて動向委員会が公表していますが、そういう数字をマスコミに話すと、マスコミは日本ではエイズはゲイの間で流行していると報道する。すると、またそこで社会での偏見になってしまう。そして結局、自分たちのコミュニティーの中にエイズ啓発をしようという意欲をそいでしまいます。

日本でエイズサーベイランスが始まった時、エイズ患者の第1号が男性同性愛者であるという報道が85年頃に出ました。もちろんアメリカでもエイズはゲイの人たちの中で最初に問題になったというバックグラウンドもありますが、その報道がゲイの人たちへのバッシングにも関連したと思います。私達疫学研究者も、あるいは医療の問題でもそうだと

と思いますが、同性愛者のHIV感染を取り上げると、報道では何か特異的な取り上げ方をされ、彼らの生活とか、あるいは彼らへの社会の偏見とかいったものがどうしても出てくる。こうした面を考えると、この数年間はエイズに関して同性間の話はなかなかマスコミには言えないということが私にはありました。彼らの健康問題を言えない社会というのは私は問題だと思うので、マスコミがきちっと同性間の社会的な問題ということ、感染が増えているのが問題ではなくて、感染が増えざるを得ない状況や、あるいは支援が十分でないバックグラウンドが日本にあるということを伝えないといけないと思うんです。そういうこともたぶん同性間で増えてきているバックグラウンドとして大きくかかわっていると僕は思います。

岩本 ある意味テレビで非常に取り上げられる人たちというの、あの人たちは特殊な人たちだというレッテルを貼られている部分があるのかもしれない。

市川 特殊というより、あれはあの人たちの色で、彼らがHIVの話をするかと言ったらたぶんそうはいかないし、それをすることが予防につながるわけではないです。

岩本 予防につながるわけではないように思いますね。

市川 やはりきちっと行政なり、我々医療関係者がNGOの人たちと一緒にこの問題にどう取り組むかという話をする、それをマスコミが取り上げていく、こういうことをかなり時間をかけて繰り返してやっていくことをしないと、社会の中での取り上げ方は進まないのではないかと私は思うんです。

岩本 このことでもう少し何かありますか。

VII. 日本人の認識不足をどう埋めるか

池上 ゲイだけではないと思うんです。マスメディアはやはりイメージを創って売るといふか、売れるイメージが拡大されていくといふか。性感染だって、女性と性感染だったら売春としか結び付けられていないし、若い女の子が遊んでいるという映像しか登場しないです。そうではないんだということ、をいかにわかってもらうか、というところが私たちの課題なんです。ふれいす東京にもゲイグループ

があるのでそういう話は出ますけれど、メディアで出ているイメージはゲイにしろインターセックスにしろニューハーフにしろ「受ける」ステレオタイプ。

あのイメージはあれで致し方ないというか。「ああいう人もいるわよね」という形で一般の認識が広がることはあるんだろうし、それはそれでいいという面もあるけれども、そこに頼れない。ああいう形での認識の広がりも仕方ないけれど、決してそれだけではないというところを、常に当事者たちは感じているわけです。そこら辺をどう埋め合わせをしながら、本当の対話を容認させていくかというのが、当事者たちが一生懸命模索しているところです。そういう意味で今だったらマスコミというよりもIT関係とかサイトとかネットとか、自分たちの媒体とか、ツールとか、そういうところがやはり力を持っているし、有効になっているんだろうと思います。

市川 池上さんの話の通りです。ゲイの人たちを例に挙げればそういうことになります。日本に住んでいる外国国籍の人たちも同じように、例えばエイズ患者が外国国籍で92年に一時増えました。あのときは外国人が問題になっていて、マスコミも外国人ということの問題で取り上げていました。日本の中でのエイズの話ではないんです。

例えば援助交際の話がありますよね。これもテレビでときどき援助交際の女性をインタビューしているのが出ているけれど、それがあがる種リスクの高い人たちというイメージで報道されている。彼女たちやあるいは外国人の人たちに関連する社会性の問題は、どう表現しているかという、これは全然見えてきていないと思います。

エイズの場合、感染の受けやすい人というのは世界的に見ると非常に貧困な途上国の人達で、女性でセックスワークをしないと家族を養えないような人たち、そしてドラッグに依存してしまった人ということになります。日本もたぶん同じように、実は一番情報が届きにくい、あるいは対策が取られにくい人たち。エイズが表面化すると非常に差別的な取られ方をしてしまわれる人たち、そういう人たちの中にHIV/AIDSが発生していると思うんです。献血なんかいい例で、今までの献血では男性同性愛者は献血お断りだった。

池上 これは男性に対する問診なんですけど、1回でも同性とセックスをしたことがある男性はお断り

なんです。異性の場合には不特定多数の異性と性経験をしたことのある男性はお断り。だから同性同士だったら1回でだめ。異性間だったら不特定多数ときれいに分かれています。これを直してくれと何度も言っているんですけど。コミュニティーも言っているし、要望書も何度も出しているんですけど、直りませんね。

市川 例えばもしエイズが異性愛者の中に非常に広がっていたら、献血ではどういうふうに言うのかを献血に関わっている人に聞いたことがあります。「異性とセックスをした人」と言わなければならぬんですよ。同性同士だってすべての人がHIVと隣り合わせのセックスをしているとは限らないんですよ。予防をしてセックスをしている人もいます。異性の中には予防をしていない人もいます。

ですからもし異性愛者の中に感染者が増えていたら、献血は異性とセックスをした人も相手にしなくてはならない。そうするともう献血は成り立たないです。だから献血事業をどうするかという問題は、やはり人の性的指向性とか人の生活面だとか、そういったものを問題にするのではなくて、HIVをどうやって献血液に汚染させないようにするかという問題を考えるべきだと思うんです。

こうしたことを考えると、日本ではHIVはどこか別の人の問題、感染した人だけの問題で、それ以外の社会では問題ないんだという感じが非常に強い。

池上 やはり私の周囲には陽性者はいないという前提になって動いているし、教育プログラムも組まれている。

宮田 そうすると、それではどういう文言だったらいんですか。

池上 1つ可能性として見えてきたのは、ゲイのコミュニティーに対してウェブ調査をしました。あつという間に20代、30代の人たちを中心にして400人以上の回答が集まったんですけども、その人たちはHIVに関する知識を非常に正確に持っている。それから感染予防の方法とメリットについても正確に知っている。しかも四十数%の人がすでにHIV抗体検査を受けている。受検率がものすごく高いんです。

すでにポジティブだとわかっている人もいます。しかしそれだけ知識面は十分な人たちが実際に予防

行動を取っているかという、3割の人は感染リスクの非常に高い行動において予防していない。

では予防していないという人としているという人の違いは何だということを見てみたときに、やはり自分が感染する可能性があるかないかの意識なんですね。その意識においては非常にばらついて、自分が感染するという、「身近感」と私たちは呼んでいるんですけど、その強い人は検査経験も多いんですね。どっちが先かその因果関係はわかりませんが。

その人たちの特色は、ゲイのメディアにおいてゲイの仲間が感染したことを公表した手記に接しているということだったんです。手記という個人的な発信でコミュニケーションが成り立っているというか。テレビはコミュニケーションではないというところまで変ですけど、一方通行でワッと見えて、パッと消えて、その場で終わって、消えたらもうなくなる。けれども活字はいくらでも繰り返して読めるし、そしてピアとして、同じコミュニティにいる仲間がそのコミュニティの媒体を通して発信している。これはやっぱり違うんだろうなという気づきがあって、手記集を作って朗読会とかやっています。その手記音読からいろいろな影響を受けるということに参加して確認し合いながら、その自分で気付いたことを今度は自分にどう生かすか、これもまた個人個人だよねというような、非常にミクロ的な展開になるんですけど、有効ですよ。

岩本 さっきのウェブのゲイのメディアで、感染した方とかの手記とかを読んでいる人というのと、予防している、していないというグループとは関連があったということでしたっけ。

池上 自分のことと……。

岩本 身近感のある人が予防している。

池上 つまり知識が高いのに身近感はばらつくんです。それとコンドームを使う負担感というのがばらつくんです。だからコンドームを使えば感染予防できるメリットは十分わかっているんですけど、負担感があると使えない。

岩本 負担感というのは？

池上 かつこ悪いとか、その場の雰囲気があるようになっていないとか。ほれてしまった相手には言えないとかそういうことです。それとわかっているけれどもなんとなく自分には起きないのよねと

る人たちは予防しにくい。

では自分に起こりうるか、起こり得ないかという意識の違いを見たときに、コミュニティの媒体で個人的な発信のメッセージに触れているか、触れていないかがきれいに分かれたんです。テレビに顔を出して「私は陽性です」と言うだけが発信ではない。出方はたくさんあるじゃないですか。それこそ親に言えなくても仲間にかけている人たちがたくさんいるんです。

ふれいす東京の別の調査では、55人のゲイの陽性者から850人の仲間に感染の事実が伝わっているんです。ところが親に言っているかと聞くとガタッと下がります。だからできる範囲で自発的に伝えることによって人間関係をさらに発展させたり、あるいは自分の心理的負担感をなくしたり、いろいろなことが可能なわけです。そしてそれがより身近感の発信として自分も予防しようというか、あるいは少なくとも感染した人に対して特別な扱いをするのはよそうとか、そこから予防とケアがつながるといった感じもしているんです。

安心して言える環境が整えば整うほど伝わる量が多くなって、それが何らかの形で予防にもつながっていく。そこでは予防とケアは同じことになる。ところが今までの対策は予防は予防、ケアはケア、感染している人としていない人とバーンと分けてしまっていて全然つながらない。それはあまり効果的ではないという感じがしているんですけど。

VIII. 支援活動の評価と資金援助に関して

岩本 予算が減ってきて、減らされている中でという話があったと思うんですけど、日本の中の研究費の中で、HIVに関する予算そのものはどんどん減っているんです。今日の昼間議論をしていて、研究者の中でも「今までHIVには多額の予算がついてきたじゃないか。ただお前らどんないい仕事をしたんだ、世界に誇れるものがあるのか」というような話をする方もいます。必ずしも論文だけが価値があるというわけではありませんが、評価をどのようにするのがいいかという場合、論文が評価対象となることは多いですね。しかし、例えば社会活動とか、NPO活動とか言うと、もっとある評価は難しいですね。僕は行政の人間ではないからこんな質問

は嫌だけれど、例えばいいNPOと悪いNPOとはあまりいい表現ではないかもしれませんが、NPOが役立っているかどうかをどのように評価するかは難しいところですね。NPOにもっと資金を与えるというメッセージをどういうふうに訴えていけばいいのでしょうか。あるいはNPOをどういうふうに評価したらいいのでしょうか。

池上 おれいす東京の場合は、ケアが非常に大きな柱になっています。つまり当事者と直だということです。だから当事者のニーズをしっかりと把握できます。調査をやっているからです。何で私たちだからそう言えるのかというと、当事者との信頼関係がないと一緒に調査もできません。だってあそこ絡んだらマスコミに売られるのではないかとか、プライバシーがずたずたにされるのではないかとか、利用されて終わるのではないかとか、そういうことだって可能性があるわけです。実際に起こってもしるわけです。

ですから、自分たちが参加したことが自分たちちゃんと返ってくるという信頼関係というのは、継続して信頼できるケアを提供しているNGOでなければできない。また、そうでないと医療とNGOの信頼関係もできないから、医療と当事者をつないだ調査をできない。私たちの場合だと調査の企画から当事者が入るから、どんな質問項目が適切なのかとか、どんな項目が全く不必要なのに根掘り葉掘り聞かれている感じで不信感をもたれてしまうのかとか勉強しながら当事者と一緒にやっていくわけです。

こうして真のニーズを探る。予防啓発も若者に対してするときは、若者の声を聞かなければだめだと言いますよね。大人が勝手に「こういうはずだ」「こうすべきだ」ということで情報を提供したって「聞きませんよ」って。当事者との信頼と協働のパイプから真のニーズを把握して、行政や医療に提言できる、400人ぐらいの、繰り返しますがそういう活動を維持するためにはお金が要ります。

こういう活動への投資が最終的に社会的にはコストダウンになります。(笑) だって私たち東京都のエイズ電話相談を受託しているんです。行政が土日に庁舎を使ってやったらお金が掛かるんです。私たちに請け負わせることによって、はるかに少ない予算でできているわけです。だから安いままでいいというつもりではありませんが、ちゃんと評価してい

ただいて、行政が知りにくいニーズをどれくらい正確に把握して、反映できているかというところが、評価のポイントの1つだと思います。

伊藤 NPO助成の審査でも、同じように、いいNPO、悪いNPOという点をずっと考えたことがあるんです。必ずしもエイズの専門家でない審査委員の人たちをどういうふうに説得するのか、がポイントです。今池上さんがおっしゃったように、現場の当事者のニーズをきちんと把握しているということが大きいんですけども、それと同時に、そのニーズを現場を知らない人にわからせるように加工できるか、ということも問われています。

この業界とか、ゲイの人たちとか、セックスワーカーの人たちのことをよく知っている人には理解してもらえるんだけども、行政の人や財団や企業の人には、この世界はなかなか抵抗があって簡単には理解してもらえない。当事者のニーズをそういう人たちにもわかる言語でいかに翻訳できるかという、その力だと思うんです。現場の状態をそのまま出したら社会一般ではやはり抵抗感があります。そこをいかに科学的に、客観的に当事者の生の声やニーズを伝えていくか、その力量がすごく問われるんだと思うんです。

池上 全くそうですね。そういうトレーニングの場がないではないですか。日本ではエイズだから初めてできたことだと思うんですけども、NGOが厚生労働省の研究班という枠の中に入れていただいて、それこそ研究的表現とか校正とか、(笑) 四苦八苦しなから学習しています。

私たちもいろいろなところに助成金の申請をして、そのプロセスがスキルビルディングになっていると思いますが。時間と労力のかかる自主学习です。トレーニングの場や機会が必要ですね。

伊藤 人にわかってもらうため、お金を取るため、人に説得するためのスキルというのは大事です。

市川 厚生労働省の研究班なんかは、やはり評価されます。昔はどうだったか知らないけれど、最近では評価されます。私達がやっている男性同性間のHIV感染対策の研究班は、ボランティアの人たちと一緒にやっているんです。私は当初、当事者の活動というのが必要だと思いました。その人たちの活動がうまく行っているのか、あるいはちゃんとニーズに合ったものを行っているのか、そういうことも評

価してそれを報告する必要があると思っています。

評価してそのプログラムが悪ければ直すし、良ければ継続するというようなことをするために評価をきちっと自分たちで付けるようにします。そのためにはプログラムを記録する、例えば Condom Outreach というプログラムを大阪でも東京でもやっていますけれども、それをきちっと記録する。例えば月にどのくらい配布して、何軒の店に配っているかというのを記録して、配布している割合がどのくらいなのかを把握する。

一方でアンケート調査をしてどのくらいの方がそれを受け取っているかの評価をする。これは研究めいて見えるんだけど、これで自分たちの活動がどこに向かっているかが見える。また、行動の調査も一緒にしています。Condom を使う割合に変化が起きているのか、起きていないのかとか。

実際に大阪で5年間やってきて、例えば HIV 検査を受けることの行動も、実際に検査の情報とか臨時に検査を提供したりしてきた結果、過去1年の受検割合が当初 19% だったのが今は 36% まで上がっています。

それから Condom の使用行動を変えるために最初は Condom Outreach をやっていました。年間5万個配るのを続けたところ、私達の調査結果では、6割の人が Condom を受け取った経験があるということがわかりました。Outreach の成果が示されたこととなります。

一方、Condom 常用率は Condom Outreach だけではなかなか上がらなかった。しかし、これと一緒にコミュニティーペーパーというのを作って、大阪のほとんどのゲイ・バーに配れるようにしました。お店の情報とか、ゲイの人たちのいろいろな情報も掲載し、また HIV の検査の情報とか、知識にかかわるような情報とか、あるいはポジティブの人たちの手記だとかを入れたりして、コミュニティーペーパーを毎月発行しているんです。

Condom Outreach とコミュニティーペーパーの Outreach の両方を2年間やってきた結果、Condom の使用行動が変わってきているんです。常用率が上がってきている。Condom だけ配ってもだめなところを情報が重なることで、成果を出している。そういうことがわかってきました。

また、最近おれいす東京さんがやっている

『Living Together』という陽性者の人たちの手記をリーディングするプログラムをやっています。陽性者の人たちのその後の生活とかいろいろなことが見えてくるプログラムをゲイの人たちが開発したんです。「My First Safer Sex」というプログラムもゲイの人たちの中で考え出されました。「セーフターセックス」とみんな言っているけれども、セーフターセックスは1つではない。いろいろなセーフターセックスの経験もあるし、いろいろな思いがある。それをインタビューして、顔を出してもいいという人々の写真を撮って、『My First Safer Sex』という1冊の本にしたものです。

この『Living Together』も『My First Safer Sex』もさっき伊藤さんがおっしゃったように、行政の人に説明できる資料です。実は『My First Safer Sex』にはゲイの人だけではなく、ヘテロの女性、男性も入っているんです。年齢も若い20代前後の人もあれば年齢の高い人も入っている。それぞれの自分の初めてのセーフターセックスのときの思い出というか、記憶というものが書いてある。ゲイの人を対象に展示会（ポスター展）をやったところ、非常にたくさんの人たちが集まりました。そして神奈川県とか他の行政の人がそれを見て、若い人向けの展示会に応用したりしているんです。（図10）

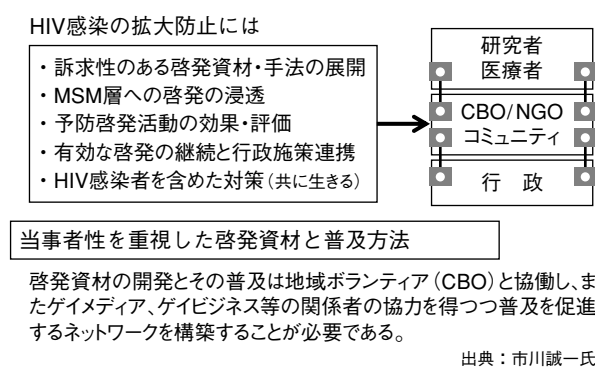


図10 HIV感染予防啓発におけるパートナーシップ

Ⅷ. 学生への情報提供システムの構築

岩本 年齢でさっきおじさんの問題があったけれども、いつか東京都の会議で池上さんが「若い人だけではなくて、大学生になったとたんにはほとんど情報が行かなくなっているのではないかとおっしゃっていましたね。大学に入ったとき、さらにそれから

社会人になってからの人たちへ予防の必要性の情報は提供されているのでしょうか。

市川 たぶん私は大学生が一番情報がないと思うんです。要するに高校までは……。

岩本 親から離れてある意味で解放されている時ですよ、一番。

池上 実は性活動が一番活発になる年頃なんです。

市川 専門学校生、あるいは社会に出て働いている人もそうですね。若い世代の中でそこが一番抜けていますよね。高校生とか中学生は学校教育の問題といえるんだけど、高校を卒業した人にはどこも責任を取っていない。私は、ゲイコミュニティの中で生まれた資材をどういうふうにするかというのを考えることがありますが、たぶんそういう人たちにも彼らの資材や方法は通用するのではと思います。

こういう活動を行政に取り込んでやっていく。行政のNGO評価というのはそういうふうにしてほしいと思うんです。何が社会に貢献できるかを評価して、そのNGOのプログラムを伸ばしてあげる。そうすれば資材やプログラムを開発した人材がいるわけですので、その人材が育つことになる。そして、日本の中でいろいろなところにプログラムを開発していくスキルが広げられるようになっていくのではと思います。

日本が世界的に貢献できないのは、エイズに関してかかわっている人が少ないからだと思います。そういう人材を育成するような評価プログラムもないし、それを育てていく組織もない。それができなければたぶんお金を出すだけの能しかない日本しか生まれてこないと思うんです。

宮田 大学についてももうちょっと考えたほうがいいと思うんです。例えば大学の1、2年生のときにHIV/AIDSに関する情報がきちんと伝えられるようなエイズコースみたいな授業をつくらうと思えばできると思うんです。

市川 大学側がそういうシステムを持てばね。

宮田 授業の中で例えば何単位でもいいですけど。けどそんなことをしている大学は少ないでしょう。

池上 文部省にだいたい前に、新入生への性教育を提案したことがあるんですけど、今文科省は資格

取得と就職に結び付かない単位はどんどん切っているんです。独立行政法人になったらますます切られる。だから私はむしろ大学というより専門学校だかなと思っています。専門学校のほうはなぜ学校側にまだ可能性があるかという、専門学校の学生のかなりの部分が卒業しないでやめてしまう。

なぜかという、本当は働きたかったのに職場がないから親に頼まれてとりあえず専門学校に行っていますとか、そういうことが大学よりはるかに多いので、せっかく入ってきたのに抜けやすい。人間関係や性的関係でもつまづきやすい。抜けていかれると学校側としては困る。ちゃんと卒業して就職してほしいわけです。

それで問題は結構人間関係と性的なことにあるなと学校側はわかっているんだけど、どうしていいかわからない、そこで合同でカウンセリングルームを作っている地域の専門学校集団などがあるんです。

だから地域のNGOと組んで「新入生に1時間でいいから性の話をしませんか」と専門学校に冊子を配布したりしました。そうしたら、私たちの予防啓発人材育成プログラムに専門学校の先生がポツンと入ってこられて、4回連続の研修を受けた結果、ご自分でカリキュラムを作って理事長に談判して、新入生のプログラムとしてセクシャルヘルスを入れたんです。その専門学校ではじめての試みです。

この結果やっぱりよかった、続けようとなれば、モデルとして広がりやすい。学校にとってメリットだ、とならないとだめですね。

宮田 それは大学か専門学校かではなくて、大学も専門学校も、とにかくやれそうところには全部という感じだと思うんです。要は成功モデルを見せることだと思うんです。「あれはよさそうだな」と思えばそんなに労力のかかることでもないし、他の学校でもどんどんどんどん使う。性的なことを考えた場合、やはり専門学校とか大学生ぐらいの年齢層が一番大きいですし、このグラフを見ても異性間の感染と云ったら、やっぱりまだ数は10代は少ないですね。

市川 少ないですね。しかし、確実に女性とか男性とかで感染している人が出ています。今日はあまり女性、男性の異性間のことは話していません。例えばクラミジアとか、淋病とかの性感染症を見てい

ると、20代での感染者の割合が全感染の中で一番高いです。また、ある調査によれば、女性の性経験率は今では男性を超えています。高校3年生とか大学生の性経験率は昔は男性のほうが圧倒的に多かったのに、今は女性が男性を超えた状況になっています。大学の4年間でほぼ半数の人が性経験を持つという。大学4年を出るときには70%の人が性経験を持っているということです。

そういう状況の中で性感染症とか、あるいは性教育とかというのは、大学の中で何ら取られていないし、大学の中でコンドームを売るなんてこともされていないわけです。そういう日本の今の状況でいくと、おそらく大学の教育の関係者は、大学で教えることと性教育は別だ、その人のセックスは別だと思っていて、学生の生活環境とか学生個人の抱える問題だとかは別問題だから、性教育というのは大学が教えることではないという意識があるのではないかと思います。

でも実際には性経験は70%の人が大学を出るときには持っているし、おそらく専門学校の人と同じような経験をしているだろう。とりわけ女性の経験が非常に急激に上がってきているという状況なので、その女性に対するHIVが今はまだ数が少ないだけであって、そのバックグラウンドはかなりそろっている状態と言える。

高校、中学生のエイズ教育はいろいろ学校関係の難しさがあると思います。一方、性行動を取るような年齢というのは、18～22ですよ。まさに大学生、専門学校生になった男性、女性に対してどういう教育をするかというのが非常に大事な時期になってきている。ところが全然そこが組み込まれていない。

宮田 僕は少しやってみてもいいかなと思うんです。本当にカリキュラムで……。

市川 京都産業大学で鬼塚さんという人がいて、実は面白いことをしている。私は非常勤で毎年手伝いに行くんだけど「大学コンソーシアム京都」というのがあって、京都にある大学の連合体をつくって、京都駅の近くにあるビルの中で関係している大学の学生に講義を開講する。1年生、2年生が中心で、3年生、4年生も取りに来ているようです。4年ぐらい前から京都産業大学の鬼塚さんがコーディネーターになって「エイズと社会」という講義を

行っているんです。それを200人を超える学生がとっていて、十何回の講義を聴いているんです。疫学の話、世界的なエイズの話、CBOの人たちがやっているエイズの啓発の話、在宅治療という形でエイズのケアに当たっている人の話ということで、オムニバス形式なんだけれどエイズ全体を社会的にとらえるという講義をしている。

これは私はすごく面白いと思うんです。この講義の評価はきちっと出してもらいたいと私は思っています。そういう講義を例えば他の大学とかでやれば、大学生がエイズをとらえるきっかけになってくるといふに思います。

池上 慶応大学で「エイズと社会」を半年やりますけれど、やはり100人來ます。

宮田 來ると思いますよ、やはり。

池上 文学部の講義ですけど、他のキャンパスから來るんです。学生の評価は高いと思う。現場がわかるというか。

宮田 また現場の人に話してもらわないとしようがないということあるでしょう。

池上 当事者の話は学生が耳を傾けてきてくれる。けれど、今評判がいいということでは継続しないんです、そこが問題。(笑)

X. HIV/AIDSのこれから

岩本 時間が過ぎましたけれども、何か一言ずつ、これは言っておきたいというのは、宮田さんどうですか。

宮田 メディアに関して、なかなかマスコミに対する批判が厳しいんですけども、それなりに努力はしているということは言っておきたい。

岩本 エイズに関してこれほどメッセージを出しておられる宮田さんを批判しようとは誰も思わないけれど。(笑)

宮田 それからさっきのいわゆるパーソナルなコミュニケーションと同時に、マスを対象にした情報伝達というのは必要だと思うんです。やはり社会がHIV/AIDSを課題としてとらえるとか、それを理解するとか、あるいは患者や感染者が社会の中で生活しているんだということを理解するといったことは、感染した人に会わないと理解できないのだからとするととても追い付かない。あるいはそれで追い付く

ような事態になってしまうと、社会的には流行が深刻な状態になっているので、現在の比較的ローリスクと言われているレベルでも社会的な課題としてとらえられるようにしなければならない。それにはマスメディアの存在が重要だと思います。

かといって毎年毎年同じことばかり伝えていたのでは聞く人もいなくなってしまう。どうすれば継続的に伝えられるのかということ、工夫して考えていかないといけない。それについてはかなりマスメディアの現場の記者も悩みながら、試行錯誤しながらやっているとすることは言っておきたいんです。

それでもなかなか他のニュースもたくさんあって、取り上げられる機会が少なくなったりすることはあるんですけども、伊藤さんのところで調査してもらったところ、HIV/AIDSの記事というのは年間200ぐらいあって、各新聞大体そんなもんなんですけど、そのうちエイズを主体に扱ったものだけでも4分の1ぐらいはあるんです。

そういう意味でいくと他の病気に比べるとはるかに報道のカバー率は高い病気で、したがってHIV/AIDSというものの知名度も社会的には高い。それは日本にとっては非常に優位な点なんです。コミュニケーションの手段が発達していて、比較的1つの言語で大半の人に情報が伝えられて、平均的な教育水準が高くてということなので、マスメディアを通じた情報の伝達が、日本ではHIV/AIDSに関してかなり有効ではないかと私は思っています。

岩本 伊藤さんどうですか。

伊藤 企業でいうと、日本の経済界のエイズに対する関心というのは、90年代の半ばはかなり高かった。その頃のことを直接知っているわけではないのですが、日経連が政策提言を出したり、東京商工会議所が啓発用ビデオを作ったり、各企業が職場のエイズ対策ガイドラインを作っています。それが90年代末からどんと落ちてしまった。それは日本社会全体での関心の低下とちょうど同じだと思うんです。

ただ、最近は、企業の関心が少し上がり始めているんじゃないか、とちょっと思っています。やはりアジアで感染が拡大しているということが大きいですね。日本企業はこの10年ぐらいの間にアジア・シフトをしていますから、遠いアフリカの話ではなくアジアの話だということ、企業の方の関心が

違ってきた。特に中国で2010年にはHIV感染者が1000万人になるという数字には、企業の方たちもびっくりし危機感を感じています。

最近、日本の企業の間ではCSRという「企業の社会的責任」の論議がすごく盛んになっています。世界中で論議が盛んなんですけれども、日本では、環境問題だけが先行して議論が進んできました。ところが欧米の企業の間では、環境問題と共に人権や貧困などの社会問題も企業が取り組むべき問題として論議が進んでいます。日本は少し遅れて、やっと今年ぐらいになって意識の変化が感じられるようになってきました。

企業の人たちが取り組み易い社会課題は児童労働の問題なんです。途上国で児童を働かせてものをつくったり、児童労働で生産されたものを仕入れると国際的に批判の対象となるようになってきたんですね。それで、途上国の仕入れ先と契約を結ぶ前に児童労働していないということを確認してからでないかと取引をしない、というようなことなんです。

CSRの担当をしている方たちはみな、国際的な流れとしては、エイズは企業が取り組む問題だということ十分気が付いていらっしゃる。気が付いているんだけどなかなか踏み出せない。自社の問題として踏み出せないのには、いくつか要因があると思うんです。1つはやはり企業イメージとの関連です。病気にかかわることでその企業イメージが下がるのではないかと懸念ですね。もう1つは、SARSとか結核とか、空気感染する病気であれば、職場で感染する可能性があるので企業で対処しなくてはいけない。アスベストみたいな労災もそうでしょう。でも、エイズというのはプライベートな時間と場所で感染するもので、企業にどこまで責任があるのか、という疑問がどうしても残るのです。しかも会社がエイズに関して働きかけをすると従業員のプライバシー侵害になるのではないかとこの考え方も強いんです。だからこれは公的機関にお任せすることであって、企業はあまり口出しをするべきではないのではないかとこのような躊躇が感じられます。

それから、南アフリカの企業の社会貢献の例をよく引き合いに出すと、企業が地域社会のためにどこまでやるべきか、という議論になります。例えば南アフリカで、企業が自社の企業クリニック

を地域の人に開放したり、その医師を地域の病院に派遣したり、従業員の治療代を負担したり、という話をすると、どこまでが企業が責任を負うべき課題なのかというところがどうもストンと落ちない、理解しにくい。その辺が今ネックになっていると思うんです。

9月のはじめに経団連傘下の経済団体が、東南アジアにCSRの視察団を派遣しました。タイとインドネシアに行ったんですけれども、訪問先の1つとしてタイのエイズ経済人会議をご紹介して訪問していただいたんです。他の先進国のグローバル企業がどういうエイズ対策をとっているか、日系企業のタイの現地子会社がどういうふうに行っているかという話を、目の当たりにしてこられた。なるほど本社では知らないんだけど、現地では結構ちゃんとやっているんだということを初めて目の当たりにされたようです。少しずつなんですけれども関心は上がっていくのではないかと思います。

岩本 公的な資金だけではなく、企業をどうやって取り込むかという点は重要だと思います。栄研化学は？（笑）

次は市川さん、いっぱいしゃべったから少し短く。

市川 しゃべらなくてもいいですよ。（笑）今の話も含めて、何か時間が足りないね。でも今日の話はすごく楽しかったという感じがします。私はたぶん日本の社会はいろいろな問題に対して差別しないとか、偏見しないかということをもど的人也答えると思うんです。だけど起きている問題に対して、実は何もしない。

何もしない、何も取り組まない。これは実は大きな差別と偏見ではいかと、この頃思っているんです。これはゲイの人たちだけではなくて、HIVを抱える人はやはり非常に社会的に弱いところに置かれている。その人が弱いのではなくて、社会的な対応が非常に弱いところに置かれている人ということです。その人たちに対して、「実はどうですか」といっても「私たちはそういうことに対して、差別していませんよ、偏見は持っていませんよ」と日本の社会はほとんどの人が答える。だけどそこに向かって何かをするかということになると、実は何も生まれてこないというのが日本の社会だと感じているので、何もしないことほどの差別、偏見はないのではないかと最近はや言おうとしているんです。最後にそれを言

いたい。

岩本 最後に来年の学会長として、池上さんトリを。（笑）

池上 ご配慮いただいてありがとうございます。（笑）今日出たいろいろな課題をひっくるめて面倒を見るとまでは申しませんが、見たいなという心意気で、メディア的にはちょっとおいしい飛びつきやすい話題として、日本エイズ学会学術集会の会長に指名されました。来年の20年目で初めての「3ない会長」と自負しているんですが、それは「男性でない」「医師免許がない」「大学教授でない」

今日もあるメーカーの人と話していたら、疾患を対象にした学会で、そういう人が会長をやるのは前代未聞だとか。でも今後は「当然そうなるんでしょね」とおっしゃっていました。日本エイズ学会の理事会でNGOが指名を受けたということは、専門家としてかかわってきた人たちは行政よりちゃんと早く認識してくださっているというあかしだと思うんです。基礎から臨床から疫学からいろいろな先生方が「支援しますよ」と協力していただいている心強く思っています。

テーマは先ほどのように「Living Together」を看板に掲げていますけれども、とにかく無関心とかいろいろなところのギャップをいかに埋めていくかということのさまざまな工夫や気付き合いの場をたくさん提供したいです。そして今までは学術集会と行政がやるエイズイベントとかNGOのイベントが、てんでんばらばらにあって横のつながりがなかった。だから何かやっているんだけど、総合的なパワーにならない。

そこをぜひつなげたいということで、行政や経済界、企業、メディア等々と組んだ企画もしていきたいと思っています。幸いいろいろな専門家集団や行政から、実は厚労省が後援するのも初めてらしいんですけれども（笑）後援いただいています。ぜひ多くの方に参加していただきたいと思います。

岩本 来年の会長ではなくて、「今年の会長」と言わないといけない。

池上 そうですね。今年の会長。この雑誌に学会案内を出していただけるかな？

よろしくお願いします。

（25ページに掲載いたしました）

岩本 どうもありがとうございました。今日のこ

の場所は東京會館の都合でチャペルだそうです。そういう中で男性同性間を含めて、セックスの話をなんか何なんだと、ずいぶんさせていただきました。

ありがとうございました。大変楽しかった、だいぶ予定時間も過ぎてまして申し訳ありませんでした。

