HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	シンポジウム記録 性差研究の作る道／性感染症の環境
Citation	応用倫理, 4, 47-62
Issue Date	2010-09
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/51871
Type	other
File Information	05_sympo_oyorinri_no4.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

シンポジウム記録 性差研究の作る道／性感染症の環境

玉城英彦・樽井正義・川畑智子・蔵田伸雄

2010 年 1 月 27 日北海道大学クラーク会館講堂において北海道大学大学院文学研究科応用倫理研究教育センター主催のシンポジウム、「性差研究の作る道 / 性感染症の環境」が開催された。このシンポジウムは、応用倫理研究教育センターが平成 19 年度より取り組んでいる性差研究に関するシンポジウムの 3 回目に当たり、今回は北海道大学医学研究科国際保健医学分野の玉城英彦教授、慶應義塾大学文学部倫理学の樽井正義教授、そして秋田大学男女共同参画推進室の川畑智子特任准教授を講演者として招き、性感染症の中でも特にエイズの問題を中心に、人権、健康、ジェンダー等の視点から広く多面的に議論する機会となった。以下は、そのシンポジウムの記録である。

シンポジウムの趣旨

蔵田伸雄（北海道大学文学研究科 教授）

このシンポジウムは三つの視点からエイズについて考えることを意図している。

第一の視点は、日本では近年 HIV 感染者および患者の数が増えているにもかかわらず、エイズに関する社会的関心は必ずしも高くはないという事態をどう考えるかということである。10 年ほど前はさまざまな形での啓発活動も盛んに行われていたが、現在はそのような活動も下火になり、大学生の関心も昔ほど高くはない。このようにエイズに関する社会的関心が低くなっている理由はいくつか考えられる。まず薬の進歩によって、感染しても発症を抑えることができるようになってきたということがある。つまり、感染者の発症を抑えることが容易になったために、エイズがいわばある種の慢性病として定着したのである。また、一般の人々の間で感染経路に関する知識が増えたため、エイズに関する恐怖感が少なくなったこともその理由の一つである。かつては、エイズは空気感染する、あるいは同じ職場で働くと感染するといった誤解もあったが、エイズに関する啓蒙が進んだことにより、人々の危機感は薄れたと言えるだろう。本シンポジウム開催の目的の一つは、このような現状をどうするべきかを考えることである。

第二の視点は、性感染症にかかわる、人権やプライバシーの問題である。とくにエイズは、はじめのうちは海外で男性同性愛者の病気として広く認知されていたので、同性愛者の権利がクローズアップされることになった。また日本での発生当初は、多くの患者がいわゆる薬害エイズの被害者の血友病患者であった。このように、エイズはそもそも差別される対象であった男性同性愛者や、社会的弱者である血友病患者がかかる病気であるとされ、エイズ感染者は二重の意味で人権を侵害されることなる。さらには、『よいエイズ、悪いエイズ』というように、感染経路によっ

て差別の度合いが異なる傾向もある。つまり血友病患者の感染者は「かわいそうだ」と同情されるにもかかわらず、同性愛性行為によってエイズに感染した人や海外で買春行為をして感染した異性愛者は「自業自得」と非難されるという状況がある。このようなエイズや性感染症全体に関わる人権の問題はどのような状況にあるのだろうか。

第三の視点は、ジェンダーの問題である。HIV で現在特に問題になっているのはアジア、さらにアフリカでもサハラ砂漠以南の「サブサハラ」と呼ばれる地域での感染者が爆発的に増加していることである。このサブサハラでの感染の特徴は、先進国とは異なり、基本的には感染者の多くが異性愛感染だということである。この地で異性愛感染が爆発的に増えている背景には、男性がコンドームをつけないことなどに見られる、男女間の力関係の問題がある。日本でも異性間性行為による HIV 感染も広がりつつある。こうした異性間感染の中にあるジェンダーの問題について、エイズのみならず広く性感染症の環境を考察することが必要である。

本シンポジウムではこのような問題意識から、玉城氏には「エイズに学ぶ」というタイトルで、樽井氏には「エイズの女性化：Gender と Vulnerability」というタイトルで、そして川畑氏には「性感染症と性産業で働く女たちの取り組み」というタイトルでお話して頂いた。

エイズに学ぶ

玉城英彦（北海道大学大学院医学研究科 教授）

エイズ「発見」と研究のはじまり

エイズという病気の歴史は、まず 1981 年 6 月に米国のジョージア州アトランタにある Centers for Disease Control and Prevention（CDC、アメリカ疾病管理予防センター）が、最初に発病した 5 人の患者について、「ゲイの病気である」と報告したことから始まった。その 1 カ月後にはニューヨーク・タイムズ紙が「41 人のゲイの間でこの病気がはやっていた」と報道し、以後大々的に取り上げられるようになる。この病気が Gay-Related Immune Deficiency（GRID、男性同性愛者の免疫機能不全症）、つまりゲイだけを襲う疫病という概念で理解されていたことは、当時 CDC でエイズを担当していたジェームズ・カーレン（James Curren）が 1981 年 6 月ごろのニューヨーク・タイムズで「これは異性間に起こる病気ではない」という趣旨のコメントを出したことからも明らかである。GRID というのは英語で「鉄格子（に閉じ込める）」という意味があり、この表現からも、患者を隔離する必要性があると考えられたことがうかがえる。

それから 1 年後の 1982 年に CDC が Acquired Immune Deficiency Syndrome（AIDS、後天性免疫不全症候群）という病名を付けたことから、エイズと呼ばれるようになった。英語では「AIDS」、フランス語では「SIDA」、中国本土では「愛慈病」、台湾では「愛死病」と呼ばれている。

その後エイズの研究はヨーロッパでも、特にフランスを中心にして行われた。1983 年に HIV（Human Immunodeficiency Virus、ヒト免疫不全ウイルス）を発見した中心人物は、パスツール研究所のリュック・モンタニエ（Luc Montagnier）とフランソワーズ・バレシヌジ（Francoise Barre-Sinoussi）の 2 人である。その後症例がアメリカだけではなく、世界中から集められたとい

うことは、WHO が英語と仏語で発行している *Weekly Epidemiological Record* という週報でも報告されている。

その後、アフリカからも非常に大量のケースが WHO に報告されるようになった。最初は同性愛感染と思われていたが、異性間でも感染することが次第に明らかになる。発病した患者が氷山の一角に過ぎないことを懸念した WHO が、実際に行動を開始したのが 1985 年 6 月頃であった。当時はまだ HIV の検査キットがなかったので、臨床症状に基づいて診断するために、途上国のためのエイズ・サーベイランス（監視）の定義も作成した。

日本でも 1985 年ぐらいから次々と発病者が現れた。まず血友病患者の中から最初の HIV の陽性患者が見つかり、そして外国人女性のエイズの抗体陽性者も松本市で見つかった。その後神戸事件[1]が起こり、同年には、高知で HIV の陽性者から子供が生まれるという事態も起こった。こうして日本はエイズパニックに陥ったが、日本のエイズ研究はこうした事件を背景に 1985 年ぐらいから始まった。

性感染症としてのエイズ

当初、エイズが性感染症であるとははっきり分からなかったため、日本においても、特に一般の人の間で、エイズはゲイの病気と言われていた。エイズがセックス、輸血、母子感染等で起こることが明らかになったのは 1984・85 年頃のことである。ゲイの病気であることを否定する証拠として日本で特に重要だったのは、血友病患者の感染のケースであった。

エイズの疫学は非常に歴史的な成果を収めた研究である。エイズ報告から 2 年後、1983 年には既に HIV の分離が成功し、85 年に検査キットが開発された。このように、3 年ほどの間に確固としたエビデンスを築くことができた。急速に進んだ研究の成果により、エイズが性感染症であることが確認され、誰もがかかりうる病気であることが明らかになった。日本では血友病患者の感染例が多く、エイズが性感染症であると言えない時期もあったが、現在では性感染症を中心にした対策がとられている。

エイズがゲイの病気ではなく性感染症であるということは、エイズ感染のリスクが、ゲイ・異性愛者・バイセクシュアルなどの、性的嗜好によって決まるのではないということである。発見された当初、ゲイの間でエイズが流行った理由は、そのころの性調査が示すように、ゲイの年間のセックスパートナーが数百人というように数が極めて多かったためである。感染リスクを高める一番の要因は、セックスパートナーの数であるといえる。

エイズ・人権・貧困

日本では 1989 年にエイズ予防法ができた。これは人権に反する条項があったため、成立までには厚生省と研究者たちとの間でかなり長い論争があった。学者は、この差別的な法律があることによって感染の可能性がある人が地下に潜り、治療を受けなくなってしまうと反対したが、結局その法律は成立してしまった。差別的な内容の例としては、エイズ感染のおそれがある外国人の入国を拒否できるという条項や、医師による保健所への感染者の名前の報告の義務化など、である。

1　1987 年 1 月に厚生省エイズ・サーベイランス委員会が「神戸市で初めて日本人女性の HIV 感染者が確認された」と発表した後、マスコミがその女性の葬式にまで押し寄せ、実名や写真まで報道した事件。さらにマスコミは、この女性と性行為をもった可能性のある男性を探した。この騒ぎで不安になった人たちが電話相談や保健所の抗体検査に殺到した。

「人権が保障されない土地では国際会議は開催しない」ことが当時の国際エイズ学会で定められていたので、1994 年に横浜で第 10 回国際エイズ学会の会議が開かれたときには、それらの条項が非常に大きな問題になった。開催にあたって会議主催者は法務省とその法律をいかに解釈するかについて議論を重ねた。最終的にこの会議を開催することができたのは、法務省が交渉の末、条項そのものは変えないが、会議が行われる前後の一定期間は入国拒否などの人権侵害行為は行わないという条件に合意したからだった。

WHO が 2009 年 9 月に発表した世界の要因別疾病負荷の割合のデータによると、5%近くの疾病が、貧しい国の Unsafe sex（性感染症や妊娠の予防措置をとっていないセックス）によって引き起こされていることがわかる。Unsafe Sex は HIV 感染だけではなく、例えばアフリカで現在一番大きな問題となっている、ヒトパピローマウイルス感染を引き起こす。ヒトパピローマウイルスは今から 25 年ぐらい前にツア・ハウゼンが発見したもので、同ウイルス感染は子宮頸がんの原因ともなる。日本では最近、それに対するワクチンが認可されたが、特にアフリカでは子宮頸癌が死因の第 1 位で、全体の癌の 11%を占めているという統計がある。

エイズの予防とジェンダー

エイズの予防には基本的に、生物学的（Biological）なアプローチと社会学的（Social）なアプローチがある。生物学的アプローチの面では、これまで様々なワクチンが開発されているが決定的なワクチンはまだ登場していない。半年ほど前に、タイの臨床実験で 3 割ぐらいの確率で予防が期待できるというワクチンが出てきているが、これもまだ開発途上にある。

もう一つ、ジェンダーとの関連で非常に注目されているのが、Microbicides という抗 HIV 薬の開発である。男性用コンドームと違って、これは女性主導で行える予防方法なので、ジェンダー問題に非常に貢献するだろうと期待されているものの、なかなか成功しない。私も 15 〜 16 年前、セネガルで調査をした経験があるが、それを使ったためにかえって、HIV の感染が広がったというデータが幾つも出ている。この薬を使い過ぎると、膣の炎症や出血が起こり、HIV に感染しやすくなるという問題があるのだ。

社会学的なアプローチとしては、「Abstinence（禁欲）」と「Be faithful（パートナーに忠実であること）」「Condom（コンドーム）」というエイズ予防のための ABC という考え方があった。しかし、禁欲や忠実をあらゆる人に求めるというのはなかなか難しく、最も実際的なのはコンドームの使用であるといえる。他に、「Needle exchange（安全な針に交換する）」「Negotiation（交渉）」というアプローチも出てきている。「針の交換」とは、注射針を何度も使い回すことによる HIV 感染が増えていることから、使い捨ての針を供給することで使い回しを減らそうという、Harm reduction（健康に害を与える要素の削減）概念に基づく方策で、成功している。「交渉」というのは、ジェンダーの問題である。セックスの際、コンドームの使用については男性が決めるケースが多く、女性がコンドームをつけて欲しくてもつけてもらえないという状況がある。そこで、女性が交渉力を養うことが非常に重要になる。

日本のエイズの状況と問題点

日本の状況についてまず認識しておく必要があるのは、HIV の感染率が非常に低いというこ

とである。今でも感染者は年間 1000 人から 1500 人ぐらいで、つい最近、累積で 1 万人を超えた。つまり、有病率は 0.01％以下である。しかし、その一方で、日本では、HIV の感染者はここ数年、毎年 1000 人ぐらいのペースで増えてきている。この現実は憂慮するべきである。増え続けている原因は明らかではないが、性行動の多様化が一つの要因として挙げられるのは間違いない。動向としては、異性間感染は 2 割ぐらいで、母子感染もあるが、特に 95 年以降、MSM（Men who have Sex with Men、男性と性行為を持つ男性）の割合が非常に増えてきており、新感染者の 7 割近くは MSM である。このことから、日本の HIV/AIDS の感染を抑制するためには MSM に関する対策を練ることが重要だといえる。

エイズの現状については、感染の低年齢化と、一部の人が不特定多数の相手と性交渉しているという問題がしばしば挙げられる。それに加え、低年齢層のエイズに関する知識の低さという問題もある。一般的にはエイズに関する知識は広まってきているが、札幌でも中高生の知識はかなり低い。このことが HIV 感染の拡大につながる可能性もある。

また、エイズ感染者増加の重要な要因は、学校の性教育が不十分なことである。さらに、検査が普及したこと自体が、増加につながっている可能性もある。人々の移動やグローバリゼーションも非常に大きな問題だろう。

エイズの経験からわれわれが性感染症の予防について学ぶべきは、個人の自由・民主主義の原則が守られ、人権が保障されることが重要性だということである。その意味で、国際エイズ学会が厚生省との交渉の際に出した強いメッセージは大変有効であった。しかし、そういった環境を実際に作るのは容易なことではない。たとえば北海道の市町村議員対象の調査で、HIV/AIDS に友人が感染したら、半数以上が「つきあいをやめる」と答えたというデータがある。また、北大の学生対象の調査では、「エイズの検査を受けたい」という人は多いのに、実際に検査を受けている人はずっと少ない、というデータがある。結果を人に知られるのが怖いと感じている現実がうかがえる。感染者と感染リスクが高い人々の人権を保障することは、これからも大きな課題である。

エイズの女性化 ── ジェンダーと Vulnerability

樽井正義（慶應義塾大学文学部 教授）

世界全体のエイズ感染の状況を見た時、その最大の特徴は、感染が途上国を中心に広がっていることと、感染者の過半数が女性でありその数が増え続けているということである。そこで、まず途上国を中心に世界のエイズ感染の現状について考察し、その後女性感染者の増加の背景にある、Vulnerability（弱い立場に置かれていること）と母子感染の問題を取り上げる。これらは基本的には途上国中心の問題であるが、実は全く同じ性質の問題が日本の社会の中にもあるということも指摘したい。

世界の現状と小さな希望

国連エイズ合同計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS）という組織

が2009年に発表している世界のエイズに関する年次レポートによれば、世界では2008年末現在HIV陽性者が3340万人ぐらいいる。2008年の1年間で270万人が新たに感染し、200万人が亡くなっている。陽性者のうち、大人が3000万人でその半分強が女性である。このように、HIV陽性者数が増え続けている現状に対して、治療が受けられる人を増やす、感染予防を充実させる、新規感染を減らしていくなど、課題は山積みである。

しかし、2つの点で、やっと小さな希望が見えてきた。まず、新たな感染者の年次推移をみると、90年代の終わりをピークに、少しずつ減りだしているという点である。この要因は、世界の陽性者の3分の2が住むサハラ砂漠以南のアフリカ（サブサハラ）で流行がピークに達し、新たに感染する人の数が減ってきたことにある。この減少傾向が初めて確認できたのは、2007年の年次報告だった。残念ながら、このニュースは日本のマスコミにはほとんど無視された。第二点は、エイズによる死亡者が2005年をピークに減ってきたことである。これは、2002 ～ 2003年ぐらいから、ようやく途上国でも治療が普及し始めたことによる。2000年代の最初のころ、途上国で行われる治療数は何十万人という規模であったが、今ではそれが500万人ぐらいに拡大している。これでも治療を必要としている人の4割ぐらいではあるが、以前と比べると格段に治療が普及しているといえる。

女性化とVulnerability

エイズの世界的な傾向として見逃せないのが、さまざまな地域で、じわじわと女性の感染者の数が増えだしているということだ。世界の陽性者が集中しているサブサハラでは、女性の数がどんどん増え、現在6割を超えている。2000年代初めに、当時の国連事務総長のコフィ・アナンが「アフリカのエイズは女性の顔をしている」という言葉でこの事態を語り、以来、エイズのFeminization（女性化）ということが強調されるようになった。これがエイズとジェンダーの問題がつながる所以である。

ちなみに、コートジボワールは、サブサハラの中ではそれほどHIVの陽性率が高いところではないが、そこでの女性と男性の感染者の比率は2対1、つまり女性の陽性者が多い。その理由は、女性のほうが感染症に対して弱い、つまり、Vulnerableなことである。多くの人がこの言葉を日本語に訳すときに「脆弱性」と訳すが、私はその言葉があまり好きではなく、代わりに、社会的に、社会の中で、あるいは社会によって「弱い立場に置かれている」と訳している。それは、女性が弱いのではなく、社会によって弱い立場に置かれている、ということを強調したいからだ。

人権と健康

エイズに関して、Human rights（人権）という問題がよく取り上げられる。人権というのは言うまでもなく、国が国民に保障するものである。なぜエイズと人権の問題がつながるか。たとえば、もし、HIV陽性の人や検査を受ける人が普通とは異なる「よくない」人であると見なされ、つまはじきにされ、後ろ指を指されるならば、検査を受けようと思う人はいなくなるだろう。陽性の人も私たちの仲間の一部である、と考えられていない限り、検査を受ける人も増えず、その結果彼らは治療を受けられないし、感染していることを知らずに人にうつす可能性もでてくる。

玉城先生が話されたように、感染症対策に共通するのは、人権に配慮しないと効果的な対策が

組めないことだ。日本でHIV対策の最初の段階では、人権に配慮しなくてはいけないのだということが分からずに、失敗した。その後、人権の問題は少しずつ整備され、1996年に国際ガイドラインがつくられる。そのガイドラインの八つ目には「国は、女性、こども、その他の弱い立場のグループ（Vulnerable groups）を支援し力をつける環境を促進する」とある。これを実現するためには、根底にある偏見と不平等、つまり女性など弱い立場に置かれた人々に対する不平等に取り組む必要がある。

ここで、「弱い立場に置かれた人々」とはどんな人たちか、というと、Injecting drug user（注射で麻薬を使う人たち）、セックスワーカー、それからゲイ、トランスジェンダー、男性とセックスする男性（MSM）が含まれる。MSMにはゲイとバイセクシュアルが入る。こうしたグループの人々は、高い感染のリスクにさらされていると同時に、人権を侵害されるリスクにもさらされている。その一方で、女性・子供と違い、彼らをハイリスクのグループとして特定することは世界的には難しい。なぜなら、イスラム圏の人たちなどが、「自分たちの国にはそういう人はいない。いない人について政策を行使することはできない」という立場を強硬に主張するからだ。2001年の国連エイズ特別総会で採択された宣言の中では、これが理由で、セックスワーカー、ドラッグユーザー、ゲイ、という個別のグループ名は「弱い立場に置かれた人々」のリストから削除された。

エイズとジェンダー

女性とエイズに関する問題として重要なのは、性的な関係において、女性が一体どういう立場にあるか、ということだ。たとえば、日本の女性が男性とセックスする場合に、コンドームの使用をどう考えているかについての調査（2002年）を見てみよう。コンドームをよく使う人たちと使わない人たちという二つのグループに分けて考えたとき、使わない人たちの特徴として、調査から分かるのは次のことである。

まず使わないグループの女性は、男性がコンドームを使うと言ったら使うし、使わないと言ったら使わない。よく使うグループの女性は「セックスのときにはコンドームを使う」ことをしっかり自覚しており、その使用について男性任せにしていない。

男性の場合にコンドームをよく使うグループと使わないグループを分けるのは、調査によれば慣れの問題である。使える人が使い、うまく使えない人・使い慣れない人は使わない。さらに、使わない男性には、「使わなくても大丈夫だ」という根拠のない楽観やリスクを考えない態度が見られる。つまり、コンドームの使い方に自信がなく、使わないことに伴うリスクを十分に認識していない男性はコンドームを使わない。そして、使わないグループの女性は、そのような男性の考えに流されてしまっているというジェンダーの構造がここで見えてくる。

母子感染予防の問題点

エイズの母子感染予防には三つの段階がある。まず、第一段階では妊娠期間中に母親の胎内にあるウイルスの量をうんと減らしてやるために、治療薬を飲む。次に、第二段階では、生まれてきたばかりの子供にもその治療薬を与える。そして、母乳にもウィルスが若干含まれているので、母乳ではなくて粉ミルクで育てる。三段階目は帝王切開で、おもに先進国で行われている。これは、出産時にできるだけ新生児が母親の血液と接触するのを避けるためで、日本でも行われている。

1994 年に横浜で国際エイズ会議が開かれたときの最大のテーマの一つは、母子感染予防であった。その 2 年後の 1996 年に開かれたバンクーバーの会議では、途上国用の母子感染予防療法として治療薬の投与期間を格段に短くする新しい手法、ショートレジメンが紹介された。生命倫理の視点から考えると、ショートレジメンには二つの大きな問題点があった。

一つは、途上国向けに安上がりな治療法を開発することは、ヘルシンキ宣言にある、「新しい薬、療法、予防法を紹介するときには、コントロールグループに対しても、現存する最上の治療薬、療法や技術を使わなければならない」という考え方に反するものであること。ヘルシンキ宣言を全く無視した医学的なトライアルが行われることは世界的に大問題になったが、日本の生命倫理学界では、これはほとんど問題にされなかった。

この療法の第二の問題点は、子供が生まれた後には母親には治療薬を与えないなど、子供に感染させないことにのみ注意が払われていることだ。治療薬を与えられない母親はまもなく死に、子供は孤児になってしまう。これは子供の福祉にとって大問題であるのだが、問題にされなかった。

母親への援助が二の次にされることは発展途上国において明らかになってきた問題であるが、実はこれと同じようなことは日本でもある。日本では、エイズの妊婦検査は 90 パーセント以上の産科クリニック・病院で行われているが、それに対しては、極めて不十分なインフォームド・コンセントしか行われていないのが現状である。陽性と言われたときに、女性が結果をうまく受け止められないケースが多数起きていて、陽性だった人の大体 3 分の 2 は、非常に精神的に不安定になるということが報告されている。

ここで考えなければならないのは、エイズ検査は何のために行われているのか、という問題であろう。第一には妊婦が自分のところで分娩可能かどうかを産科医が判断するためである。「陽性の妊婦は自分のところでは面倒をみきれない」と考える産科医は多い。第二は、子供への感染を防ぐことだろう。確かに、陽性だと分かれば、子供が感染しないように産むことは可能になる。普通分娩で出産すれば 3 割ぐらいの新生児が感染するが、帝王切開を行う日本では、子供への感染率は 0 パーセントだ。つまり、子供のため、あるいは産科医のために検査が行われており、女性のことは十分に配慮されていないと言わざるをえない。十分に配慮されないどころか、日本ユニセフ協会が「母が子の加害者になる、それがエイズの現実です」というキャッチコピーを母子感染について考えるシンポジウムで使ったことからもわかるように、陽性の母親は犯罪者まがいの目で見られているのが現状である。

性感染症と性産業で働く女性たちの取り組み

川畑智子（秋田大学男女共同参画推進室 特任准教授）

性風俗産業に従事する女性にとって、性感染症予防は大きな関心事である。しかし、彼女らはなかなか積極的に予防対策を拡大できない現実がある。その大きな原因は日本の性産業に内在する構造的な問題にある。そこで、まず日本の性風俗産業を規制している刑法の売春防止法と営業法である風俗営業法の分析を通して、性産業に従事する女性たちが弱い立場におかれていること、

そしてそのことが主体的に性感染症予防を実行することを難しくしているという構造を明らかにしたい。そして、近年内外で試みられている、性産業に従事する女性たちが、労働環境の改善を求めて行っている主体的な取り組みを取り上げながら、今後の性感染症予防の改善について考えたい。

二つの法律と権力の二重構造

日本の風俗産業は、刑法の売春防止法と営業法の風俗営業法により規制されている。まず売春防止法（売防法）は「女子の保護」を目的として、売春を禁止している。この法律には3つの特徴がある。まずこのことを理解することが、性産業の女性の立場を理解する上で重要である。一つは、売防法は売春を禁止している一方で「単純売春」、すなわち、二者間で行われる売春は処罰の対象にしていないこと。二つ目に、第三者の関与の禁止で、例えば風俗店の経営者が店の従業員の女性に売春をさせた場合には、この第三者処罰の規定で罰せられるが、風俗店の経営者がこの規定によって処罰されることは少ないこと。三つ目の特徴は、売春の防止を目的とする「売春を行うおそれのある女子に対する補導処分」である。これには囮捜査が行われ、売春していなくても（実際に売春しているところを見なくても）、女性が、警察が「売春をしている」と見なす言動をとった場合、その女性を「売春するおそれのある女子」として補導処分できる。つまり風俗産業で働いている女性たちは、この規定によって常に潜在的な犯罪者という弱い立場に置かれながら、労働しているということだ。このような囮捜査を正当化しているのは、売防法の勧誘罪である。これは街娼型の売春のように道に立ちふさがって通行人を呼び込んだり、無理やり引っ張ったりする行為を罰するものである。この囮捜査で検挙される人の4割が街娼型の売春婦である。さらに、ここで強調すべきは、この法律では客である男性のほうは罰せられないこと、また売春に従事する者が女性であると規定されていることから、セックスワーカーが男性の場合この規制を受けないことである。

風俗営業法は性的なサービスが行われる営業について、営業時間や営業場所、衛生管理などの管理義務を規定するもので、違反の際には、営業停止になったり、廃止になったり、許可が取り下げられたりする。合法的に営業するには届出をし、営業許可を得る。風俗営業には現在、店舗型と無店舗型がある。以前は無店舗型というのは規制の対象になっていなかったが、近年雨後の筍のごとく増えて、警察も困り、規制の枠を広げた。そして、無店舗型の経営も届出の対象となっている。

風俗産業は、売春防止法の単純売春をうまく利用した形で経営されている。例えばソープランドは、お風呂屋さんという建前で営業している。従業員はあくまでもお風呂屋さんで働く接客係であるから、ソープランドでは性労働は行われていないとされている。これは、店内で売春が実際に行われていても、接客している女性が個人的に客と交渉して、個人事業所得者として性的サービスを勝手に提供しているだけで、店は一切関与していないという立場がとられているからである。このように、売春防止法と風俗営業法により、女性と風俗店の経営者の間には不均衡な権力の二重構造が存在する。

性感染症と性産業

ほとんどのセックスワーカーの女性は、毎月１回は性病検診に行く。しかし個々の検診の費用は高く、全ての検査をまとめてやると１回２万円ぐらいになってしまうので、女性たちは、今回はりん病検査、次回は梅毒、という形で検査を受けることが多い。インタビュー調査で明らかになったことは、女性たちが性病検診を受けて予防に取り組んでいるにもかかわらず、性病に感染していることである。客がコンドームをしたがらず、結果として病気をうつされているのだった。これには、入店時に客に対して検査をするのは非常に難しいという、店側の問題もある。

また、被扶養者である女性が性病検査を定期的に受ける場合、健康保険証を何度も使っていると風俗店で働いていることが親に分かってしまうので、頻繁に検査に行けない、といった事情もある。また、何度も行くと、風俗店で働いていることがわかってしまい、病院から検査を断られるというケースもある。

では、経営者のほうは性感染症についてどう考えているのか。彼らは、よくこういう言い方をする。「性病は夫や恋人からもうつされる。だから、必ずしも店側の責任とは言えない」。それから「性病に感染するようなサービスは私たちは行っていません」と。風営法でセックスは行っていないことになっているから、そう言えてしまうのだ。さらに、「女性は個人事業者なのだから、性病に感染したらそれは自己責任だ」という考え方をしている経営者も多い。こうした無責任な態度に対して女性のセックスワーカーがどう考えるかと言うと、彼女たちは、性感染症に関して店の責任が問われることになれば、自分たちが強制的に定期検診を受けさせられる危険性が高いので、治療費の全額負担などは求めないという立場をとっている。しかし、「性病に感染したらどこの病院にかけ合ったらいいか、といった情報ぐらいは提供してほしい」と訴えている。

ここから、性感染症予防と性産業を考える上での問題は、責任の主体が不明なことにあることが見えてくる。女性は売防法によって摘発されない限り、保護の対象とはならないばかりか、常に潜在的な犯罪者という弱い立場に置かれている。女性が身を置く環境は著しく不平等でありながら、性感染は女性の自己責任とみなされ、労働災害には認定されない。さらに、現在派遣型の売春が増加していて、密室での営業が増えているために、性感染症以外にも危険に遭遇するおそれ ── 例えば客から暴力をふるわれるリスク ── が非常に高まっているという問題もある。

セックスワーカーの主体性と権利

1980 年代後半から、ヨーロッパではセックスワーカーの権利運動が活発に行われている。現在は世界各国でセックスワーカーが一堂に集まった国際会議が毎年のように開かれている。中でもアジアの女性たちの声が非常に強くなっている。私が 1997 年に初めて行った国際会議では、まだ欧州の白人女性の声が強かった。公用語が英語だったということもあり、アジア系の女性たちは自分の主張をしづらかった。しかし、近年はそういった批判から、主にタイやフィリピンといったアジアの地域で国際会議が開かれている。そして募金や献金を募ったりして、通訳がつけられている。

国際的なセックスワーカーのグループは、セックスワークの「非犯罪化」を求めている。非犯罪化は合法化と完全に同義ではない。売春禁止国でもセックスワークのすべてが犯罪化されているわけではない。例えば日本では、売春防止法によって売春行為それ自体は禁止されているが、

二者間の単純売春に関しては非処罰化されている。その意味で、要求として「合法化」とは敢えて言わず、完全非犯罪化を目指すという考え方がある。非犯罪化が重要なのは、犯罪者扱いされることでセックスワーカーの社会的地位がおとしめられている、ということを訴えたいためである。そして「セックスワーカー」という言葉を使うことにも理由がある。これまでの売春婦、娼婦という言葉には、非常に否定的なイメージがしみついている。そこからの自己解放を求めて、新たな自己表現としてセックスワークという言葉が使われている。

売春が非犯罪化されることの利点には、1）労災に遭遇したら損害賠償を請求する権利が得られる、2）自営ができる、3）第三者による搾取を極力避けられる、4）店の経営者と対等な関係を築くことが可能、5）組合が結成できる、6）税金を納めて社会貢献もできる、などがある。彼女たちの主張は、一般の経営者または労働者と同様に安全に働く権利の要求であるが、この主張によって性感染症予防のための環境が改善される可能性もあるだろう。

セックスワーカーの支援と性感染症予防啓発

現在、様々なセックスワーカーの組織があるが、唯一日本で行われているセックスワーク支援グループは、Sex Work and Sexual Heath（SWASH）という組織だ。UNIDOS というグループもあったのだが、現在、活動停止中である。これらの組織はたとえば現役・元セックスワーカーのための交流の場を提供し、カフェなどを経営したりしている。そのほかにセックスワーカーと市民の両方を対象に意識啓発の活動も行っている。

そこで特に紹介したいのが、SWASH が作成した性感染症予防啓発パンフレットだ。このパンフレットには、コンドームをしたがらない客に対してどう対応するのかというような、実践的なマニュアルも書かれている。例えば、「コンドームを使う」というページでは、コンドームを使いたがらない客に何と言ったらよいかについて、SWASH が行ったアンケート調査の回答を基に次のようにアドバイスをしている。

> 「お店で決まっているから」という回答をする。「決まりだから」と言う。嫌なムードにならないように笑顔で対応。「私のお店は生のサービスだけれども、性病の疑いがある場合には、つけないとだめなの。ごめんね。あなたはいいかもしれないけれども、私たちにうつると、すぐに症状が出ないから次のお客さんにうつしてしまう可能性があるので、つけてネ。あんまりイヤだったらお店に言ってください」

このように、現場で働いている女性たちのために、どういうふうに対応するか、言葉まで細かく書いている。このような当事者の視点から出された実践的な予防策の普及の充実が今後拡大することが重要であろう。

終わりに

性産業の中でおこる性感染症予防については、そこに従事する女性たちが仕事を辞めたらいい、という議論もしばしば聞かれる。しかし、現実として性産業で生計を立てている人たちがいる。そして、それをライフワークにしている女性もいる。大体 30 代以上の女性たちが性風俗産業

で働くようになる大きな理由には、子供がいて、母子家庭で、働かなければならない、大きな借金がある、などがある。そういう状況にある女性はかなり長く働くといわれている。ここには貧困という問題がある。だから、性産業で起こる性感染症の問題は「彼女たちが辞めればいい」で解決されるような問題ではない。現行の性産業システムを変革していく必要がある。性産業内部における権力構造に目を向け、何がこれまで女性たちの人権を奪ってきたのか、それを知ることが重要である。彼女たちの人権が回復されれば、性感染症予防対策の必要性も明らかになるだろう。性風俗産業はその構造的な問題によって、否定的なイメージをもたれていて、多くの専門家が性産業に従事する女性の健康や人権について、協力的にはなれない現状がある。医療や教育の支援が大いに必要とされているのに、支援することが売春を肯定することになる、という考え方にとらわれて躊躇している、という面があるのではないか。しかし、貧困のなかで生きようとするセックスワーカーの「安全に働いて生活する権利」を認めることは、女性の社会的地位の向上や性感染症予防の改善、さらに性暴力などの減少につながるのではないだろうか。

会場からの質問

質問者Ⅰ　今日はお話をありがとうございました。政府が今後、エイズや性感染症にどう取り組むのかということに関して、どういうところを重点的に政策として定めたほうがいいのか、先生がたのそれぞれの専門分野からお話を頂きたいと思います。

玉城　2007 年に国のエイズの方針がいわゆるアドボカシーから HIV テスティングというふうに移行しました。政策の中心は、どこでも簡単に受けられる HIV テストの開発、早期発見、早期治療、それから予防です。従来の HIV 対策では Voluntary Counseling Testing（VCT、自発的に検査をやって相談を受ける）が主流だったのですが、最近は少し変わってきました。そして、いろいろな条件を満たせば、例えば感染率が高い地域では、インフォームド・コンセントを取らなくても、医療従事者の主導型の HIV の検査を実施するべきであるという考え方が出てきました。それ自体が人権問題とも言えますし、あるいは樽井先生が日本に関しておっしゃったように、感染者とか陽性といわれた人の後のフォローアップの問題などがありますので、日本の現状で、日本全体でその方法を使うことについて、私自身はあまり納得していません。

早期発見、早期治療、予防も大事ですが、HIV の検査を受けたいのだけれども、陽性と言われると周りは必ずしもそれを受け入れる環境にないということで、かなり躊躇する人がいるという事実を考えると、やはりアドボカシー、さらに啓発や学校教育も積極的に進めながら、検査を受ける体制を整えていくことも非常に重要かと思います。厚生労働省は以前と違い、HIV は慢性疾患で治療ができるのだから、それほど特別に扱うことはないと考えるようになってきています。しかし現実にはまだ、他の慢性疾患にはない差別、偏見とか社会的な側面がかなり根強く残っているので、それらを取り除く努力が必要です。

樽井　厚生労働省が一般の啓発と並んで、「個別施策層」── 私の言葉では「社会的に弱い立場に置かれている人たち」── に対する対応に乗り出しましたが、特に力を入れようとしているのは、ゲイを中心とする MSM、それから若者です。しかし若者というのは茫漠とし過ぎて、キャンペーンだけに終わっているというのが現状です。若者の性教育に関して言えば、近年随分後退してしまいました。性教育が厚労省の担当でなく、文科省の担当になっていることにも関係があります。というわけで、役所にしても NGO の活動にしても、個別施策層対策の中でそれなりに成果が出てきているのは、MSM だけと言えるでしょう。

治療の改善という面では、政府としてはそれなりのことをやっていて、陽性者の人たちの間でも治療環境についてはおおむね好評です。しかし問題がないということではありません。つまり、HIV の診療を一歩外れると、歯の治療を受けに行く場合とか、女性の場合、産科の受診などで差別を受ける現状は変わっていません。医学を学んだ者だから進んだ考え方をする、なんてことは全くないのです。

陽性者として生活している人たちが一番問題と感じているのは、社会環境です。中でも一番大きいのは職場の環境です。90 年代の初めには、横浜会議の準備もあって多少企業の活動はあったのですが、その後、97 年に血友病の薬害の和解が成立すると、日本社会全体がもうエイズは終わったという感じになり、一般的な関心が失われてきました。そういう中で、企業だけが関心を持つわけはないわけです。しかし、その状況も最近、少しずつ変わってきました。一つの例をあげると、サンスターという会社は企業の社会貢献の一つとして、HIV に取り組んでいます。ウェブサイトには女性陽性者のエッセーを集めたページもあります。

政府の政策としては予防指針を見るしかありません。企業は一般的にはほとんど何もしていないけれども、している企業も幾つかあります。例えば、住友化学は感染症の分野ではちょっとした活躍をしています。マラリアを防ぐ蚊帳を作っているのです。住友化学の社長が経団連のトップになったので、企業の動きとして、世界の途上国における感染症対策に関心を持つ動きが出てきてくれないかと期待しているところです。

質問者Ⅱ　貴重なご講演、ありがとうございました。性教育について伺いたいと思います。

私も、小中高で 1 時間とか 2 時間の性教育はあったように記憶しているのですが、そのときも何て半端な授業なのだろうと思ったし、今の性教育がどうなっているのか、問題点なども伺えればと思うのです。

玉城　今日は実際性教育を学校で担っている専門家が来ています。ちょっとコメントしていただけますか。

A　○○中学校養護教員の A と申します。札幌では今、ほとんどの小・中学校で性教育をしています。しかし、内容は学校によって違います。性感染症とかエイズについても保健の授業の中で、1 時間なり 2 時間ですが、教育は必ずしております。ただ、性教育の調査の結果によると、エイズの知識が高いとは言い難い現状です。例えばエイズが「トイレで感染しますか」という質問に対して、中学校では正答率が半分、高校では 7 ～ 8 割の正答率がありました。

中学校は実は、学校によって保健の授業をする時期が異なります。2学期にこの調査をしたので、勉強していない学校もあったため、正答率が低かったと思われます。でも、高校については、約8割の子供が正解しているということです。小学校では実際には「エイズ」という名前だけを学びます。小学校では命の教育、誕生という形で性教育をしています。

私は若者へのエイズの教育は、年齢に応じた、繰り返しの教育が必要だと思っています。本当は、大学や高校を卒業した人たちへの性教育が一番必要なのではないかと思うのですが、なかなかそういう機会がないのを危惧しているところです。

樽井　学校で担当していらっしゃる方に伺いたいのですけれども、中教審の性教育の部会がかなり後ろ向きの答申を出して以降、性教育がやりにくくなってきているというのですが、具体的な変化はあるのですか。

A　実は、保護者に対してエイズ研修会をしたところ、親たちは「早い時期に、幼稚園、小学生のときから性教育をしてほしい」「性交についてもきちんと教えてほしい」と言います。しかし中教審にあるように、性交という言葉は中学校では使えません。代わりに「性的接触」という言い方が使われます。小学校では性交のほか、妊娠、出産という言葉は使われないのです。それらを外して性教育をするというのは大変厳しいものがあります。それでも、例えば中学校でしたら、「性感染症の予防のためにはコンドームが有効である」という言葉が出てきます。このように、かなり制約はありますけれども、そこを何とかやっているのが現状です。

樽井　ありがとうございました。

質問者 III　玉城先生にはエイズ中心でお話を伺いました。エイズに関しては差別とか、検査に行くのもためらわれる問題があるといったことも挙げられていたのですけれども、ほかの性感染症の場合の予防の問題というか、障壁の問題について教えていただければと思います。

樽井先生からは母子感染の問題で、母親の健康がないがしろにされている面があるのではないかというお話がありました。エイズでは特にそういう問題が出ているというのですが、ほかにも性感染症があり、そういった問題で母親の体にはとても重大だけれども、子供には影響がないので、検査もされないし放置されているといった状況があるのか教えていただければと思います。

また、川畑先生は、セックスワーカーがコンドームをつけたくないお客さんのために性感染症の危険に常にさらされているという問題があるとおっしゃっていたのですけれども、広く見てこれは性暴力の一つではないかと思うのですがいかがでしょうか。

川畑　コンドームをつけたがらない客に関して、コンドームをつけたがらないこと自体が性暴力にあたるのではないか、ということですね。実際にセックスワーカーのかたで、せっかくつけたコンドームを気がつかないうちに外されているというケースがあって、「これは完全なる性暴力」「強姦だ」と言っていました。つまり、相手の同意が得られない状態でコンドームなしで

セックスすることを強要するのは、性暴力にあたる行為であると思います。

避妊の場合と感染症の場合とではまた違うのかもしれませんが、コンドームの使用に関しては、男性の「大丈夫」という思い込みと女性の側で男性との関係性を維持したいという気持ちとがかなりミックスした形で、女性の側からなかなか使用を頼めない。そういう意味では、コンドームをつけること自体をマナーとして定着させるという認識が、性教育の現場において広がったほうがいいのではないかと思います。もちろんそもそもセックスの合意自体が取れているか、ということも問題です。

それから、私は売春防止法が「女子の保護」を名目に女性の性を管理する法律であり、広義の意味での性暴力だと考えています。だから、この売春防止法自体は不要だと思っています。その代わり、性暴力禁止法というものを作って、被害者が女性であろうが男性であろうが、被害者として見据えていくような法律が必要であると考えています。

樽井　私が聞かれたのは母子感染の問題で、HIV 以外に問題になることがあるのかということだったと思います。母子感染ということで子供の健康が非常に重視されるのはもちろん、重要だと思うのです。しかし、子供の健康にしっかり対応していくのは母親なので、母親が健康でなければ、子育てなんかできるわけがありません。HIV の場合には、ちゃんと治療しないと死んでしまうので、「エイズ孤児」が大きな問題になっています。

玉城　川畑先生にお聞きしたと思います。日本で「13 歳未満」というのがありますよね。それは世界的に皆、同じなのですか。

川畑　性交同意年齢ですね。

玉城　13 歳は非常に悪い。中学生になるかならないかという年齢です。その背景を教えていただきたいということです。

それから、樽井先生への質問です。いわゆる Vulnerability group のなかで、イスラム圏の人々の主張のために、「弱い立場のグループ（Vulnerable groups）」のリストからセックスワーカー、ドラッグユーザー、ゲイなどが省かれたというご指摘がありました。それがよかったのか、悪かったのか。先生はどうお考えでしょうか。僕個人は、もう少し大くくりにした Vulnerability という概念を用いたほうがよいのではないかと考えています。

それで、僕の質問に答えます。もちろん HIV も性感染症の一つで、皆さんご存じのとおり、性感染症にはそのほか、クラミジア、パピローマ、梅毒などがあります。途上国、特にアフリカなどで HIV が多い理由は、ほかの性感染症が蔓延しているからだと言われてきました。特に潰瘍性の性感染症にかかっていると HIV に感染しやすいということもあり、まだ HIV の治療薬がなかった時期に、普通に治療できる性感染症を治すことによって HIV を予防するというアプローチもありました。その意味で、他の性感染症は過小評価されていません。

それから現在の HIV/AIDS 予防でも、基本的に HIV に感染していなくても、例えばクラミジアの感染症それ自体が性行動の指標として非常に重要なので、クラミジア感染者についても

HIV の検査をして治療すべきだという考え方もでてきています。ですから、ほかの性感染症の動向も非常に重要かと思います。

川畑　性交同意年齢の件なのですが、日本の法は性交同意年齢が低いといわれているのです。国際レベルでは 16 歳～ 18 歳とかけっこう高いのです。日本でも性交同意年齢を上げるべきだという議論は以前からあります。それから、日本国内でも「教育県」と呼ばれる県では、18 歳未満とセックスしてはいけないし、18 歳未満はお互いにセックスしてはいけないとする淫行条例があります。

樽井　玉城さんから出された、Vulnerability あるいは Vulnerable group という包括的な言い方でいいのではないかという指摘ですが、一方では私もそうだと思います。つまり、その場合は普遍的な特徴が指摘されるわけです。その意味で Vulnerable というのは、Minority とか Marginal という概念と同じように、包括的な概念だと思うのです。ただ、やはり個別に取り上げることにもそれなりに意味があると思うのです。つまり、個別化しなければ実践上、何に対して何をやったらいいのか分からないわけです。Vulnerable population に対して方策を練る、と言ってもセックスワーカーに対してやることとドラッグユーザーに対してやることは、全然違うわけです。それぞれの現実があり、それぞれのニーズがあり、そしてそれに応じた対応が必要で、当事者はそれを求めている。その意味で、個別性はアイデンティティにつながっていくもう一つの側面として、普遍性と個別性の、個別性のほうも重要だと考えています。

それとの関係で一つ付け加えれば、個別性・アイデンティティにともなう問題に取り組むことは、当事者にしかできないことです。このような問題は、たとえば国が一元的な対策を立てるという形ではとても解決できない。ここに挙げられたグループはかなり多様なポピュレーションで、しかもそのポピュレーションは、例えばセックスワーカーやドラッグユーザーのように、法的には犯罪者と見なされる可能性を常に持っている人たちなので、社会の中では隅っこに置かれていて、お上からはアプローチしにくい。したがって、当事者性がどうしても重要になってくるわけです。

セックスワークと HIV は実は深い関係があるのですが、セックスワーカーのグループは残念ながら育たない。川畑さんの発表に出てきたセックスワーカーのグループとは、私はもう 20 年近いつきあいがありますが、全く大きくなっていません。基本的なメンバーは全く変わりません。ススキノとか新宿に行けば、大きな産業であるにもかかわらず、その当事者がなかなか自分たちの問題として動こうとしない。動けないさまざまな理由があるのだと思いますが、やはり当事者がどう動くかが、今後、かぎになってくると思うのです。

若い人たちの性の問題についていえば、もちろん当事者は若い人たちですが、先ほど発言してくださった学校の先生も、ものすごく重要な支援者たちです。こういう人たちがつながっていくことは、非常に重要なことだと思うのです。

当事者が自分たちの問題として取りくまないと、なかなかこういう問題は片付かないということを、最後に指摘しておきたいと思います。

（文責：蔵田伸雄・中地美枝）