

講演録

エイズと文化

大井 玄*

Lecture Record

AIDS and Culture

OHI Gen*

1. はじめに

私は、エイズ流行のある時期、一社会医学徒としてエイズ問題にかかわってきました。本日はちょうど「世界エイズデー」も間近ですので、私から見たエイズ問題のいくつかの側面をお話いたします。

1976年から1978年にかけて、私はハーバード大学公衆衛生大学院にいました。はじめ修士号を取り、次いでフェロウになりましたが、当時アメリカで奇病が流行していました。

Center for Disease Control (CDC) から毎週発行されていた **Morbidity Mortality Weekly Report (MMWR)** によれば、ゲイや薬物乱用者の間に、カリニ肺炎¹⁾

* 東京大学 名誉教授。Professor Emeritus, The University of Tokyo.

¹⁾ 健康な人にも通常感染しているニューモシスチス・カリニという微生物による肺炎。この微生物は宿主の免疫力が正常であれば増殖せず肺炎を起こさない。

やカポジ肉腫²⁾と呼ばれる病気が多発していました。これらの病気はもともと未熟児や高齢者のように、免疫機構の不全がみられる人たちにおこるものでした。強壮な若者たちの間で多発することはないはずです。

1981年、この奇病がレトロウィルス的一种(ヒト免疫不全ウィルス、HIV)によっておこされる感染症であることが、New England Journal of Medicineの論文として報じられ、Acquired Immune Deficiency Syndromeの頭文字をとってAIDS(エイズ)という呼び名が定着しました。

2. エイズの流行速度を決めた性文化

当時アメリカではエイズの感染者、発症者が毎週数十人から数百人も報告される有様でしたが、その恐怖される点は、有効な治療法がない致死的な病気であった事でした。感染はセックスと薬の回し打ちが主たるものですが、致死率は2年間で75%に達し潜伏期間は3~4.5年だと伝えられていました。

a) ゲイの性的放縦と麻薬乱用

感染症なら日本にも当然入ってくるはずですが、しかし1985年初頭日本では報告例はありませんでした。その頃アメリカのエイズ患者はすでに3万人以上であり、ゲイが70%、麻薬乱用者が20%と報告されています。キンゼイ報告のような性行動についての調査によれば、白人男性の4~18%がホモセクシャルであり、その中には厳密に男だけがセックスパートナーというモノセクシャルから、男も女もパートナーにするバイセクシャルまで含まれます。

一方日本では、その年の春にエイズウィルス(HIV)に汚染された血液製剤

²⁾ ウィルス性の皮膚癌の1種。通常の高齢者の場合はほとんど転移しないが、エイズ患者の場合は転移してしまう。

を治療に用いた血友病患者数十人に感染報告がされたものの、年末に至るまで追加報告例がありませんでした。

社会医学の使命の一つは、疾病がどのくらい大きい社会的問題になるかどうかを予測し、それに対する対応を考えることです。その時点で考えられる可能性が二つありました。

第一に、日本にもエイズは流行しているが、患者が医療機関を訪れなかったり、医療機関に来ているが見逃されている。

第二に、現実には日本には、さしたるエイズ流行がない。

エイズは、通常、セックスによるか麻薬回し打ちかの経路で広がります。ゲイの場合、アメリカやヨーロッパでは、性的に放縦でありしかも肛門性交という傷のつきやすいセックスを行うことが多いのでした。したがってエイズ流行のハイリスク・グループはゲイ、職業的にセックスするセックス・ワーカー、麻薬乱用者ということになります。

幸いなことに日本では、ヘロインのような麻薬を乱用する人は事実上いませんでした（アメリカでは 1984 年、ヘロイン中毒による入院者数は 13,000 人以上）。ゲイの人口は判らず、「薔薇族」といったゲイが読む雑誌の部数で推測するとか、ゲイのサウナの利用者数を調べるなどの迷案・奇案が出たのですが、男性の 0.5% が同性愛者として性的に活動していると推定しました。

そのような条件で、1986 年春、デルフォイの神託³⁾という方法で日本でのエイズ流行予測を行いました。予測結果は 1988 年に感染者 100 例、1991 年には 450 例、1991 年には 950 例でした。人口 10 万人当たりで 1991 年（5 年後）に 0.4 人ですから当時のアメリカの流行規模（10 万人当たり 10.8 人）の 30 分の 1 にすぎません。予測値がこれほど低い要因は、アメリカ、ヨーロッパ

³⁾ 10 数名以上の専門家にアンケート調査と回答のフィードバックを繰り返し、主として科学技術に関する予測調査を行う方法。

の主要流行原因であるゲイの性的放縦と麻薬乱用の寄与が、日本でははるかに小さかったからです。なお、日本の公衆衛生・臨床の専門家による1986年時点での予測はデルフォイの神託よりもさらに低く、1991年に感染者100名としていました。実際の報告は104名でしたから、こちらの予測が的中した結果になりました。

b) ヘテロの性的放縦—アフリカ、エイズベルト

私たちがわが国のエイズ流行予測を論文にしたことは、思わぬ副産物を作りました。WHOから依頼されザンビアのエイズ事情を視察したことと、1987年の国際エイズ学会で基調講演をしたことです。

当時アフリカ、特にサハラ砂漠の南の諸国(エイズベルト)では、通常のセックスによるエイズが猖獗を極めていました。

たとえばザンビアでは、1985年首都ルサカの大学教育病院の調査報告があります。性病クリニックでは患者の30%が、妊婦10人に1人が、医療関係者の5人に1人が、30代前半の男性3人に1人が、20代前半の女性5人に1人がHIV陽性でした。当時、中央アフリカからの報告では、エイズ患者は年間32名とセックスしていましたが、対照群でも、3人とセックスしていました。

なぜ性的にかくも放縦なのか。この地域ではマラリア、下痢性疾患などの感染性風土病が制御されておらず、20%にも達する乳児死亡がある典型的な多産多死の人口動態です。しかも男の方が女よりも生物学的に弱いので、成年に達する頃には男女比は1対2に近くなる。したがって人口維持のためには生殖活動を全開にしておく必要がありました。男の死亡率が高い場合、人口維持のため一夫多妻になる性文化があります。文化とは、その地域の条件下で、生存に適した社会的行動様式の総体、と考えても大きな間違いではないでしょう。たとえば、一夫多妻のイスラム文化ではそうで、教祖ムハンマ

トは 36 人の妻がいましたが、ほとんどが戦死した戦士の未亡人でした。

同様にザンビアでも、夫が死ぬと未亡人は夫の兄弟と結婚する「レブレット婚」という婚姻形態があります。デンマークの王子ハムレットは自分の母親が叔父と結婚したことに煩悶しますが、ザンビアではそれは未亡人とその子どもの生活が保証される万々歳の解決方法なのです。

しかし結果としてエイズベルトでは、セックスにきわめておおらかな文化が育ちました。日本社会ではセックス・ワーカーはハイリスク・グループとして区別されるが、ザンビアでは通常的女性とセックス・ワーカーの区別がつきにくいのでした。また男では教育歴が高いほど感染確率も大きくなり、教育歴 4 年で 8%、14 年で 33% でした。北欧に来ていた留学生 10 人に 1 人は感染していました。

c) セックスとコンドーム タイと日本：臆病は知恵

タイと日本は最初のエイズ患者が報告されたのは、ほとんど同じ時期でした。しかし流行の流れは天と地ほどの違いを示します。

タイでは最初のエイズ患者は 1984 年に報告されますが、1991 年、総人口 6000 万人であるのに 33,000 の感染者が現れました。人口 100 万人に 550 人です。一方総人口 1 億 2000 万人の日本では、1992 年、感染者 623 人であり、人口 100 万人当たり 5 人でした。

なぜこんなに差が開いたのか。まずタイには盛んな売買春と麻薬使用者の存在がありました。両者ともにエイズのハイリスク・グループです。とくにラオス、カンボジアと接する「黄金の三角地帯」ではヘロインの原料が豊富に作られ、麻薬中毒者は 30 万とも 50 万ともいわれていました。

しかしそれだけでなく、タイ人のエイズに対する意識は日本人と違うことが示されています。日本人の方が臆病で、パニックに陥りやすいのです（パニックについては後に述べます）。またセックス・ワーカーのエイズ予防の知

患も無視できません。その知恵がエイズ流行の拡大を防ぐうえで役立ちました。

① 臆病は知恵：

1993年に私たちは日本とタイの高校生(1,100人対700人)の性体験、エイズについての知識と意識を調べました。結論から言うと、知識では差はなく、意識が(したがって性行動が)違います。「私はエイズが怖い」という刺激に対し日本もタイも9割は賛成したのに対し、「私は自分がエイズに感染するのが怖い」に対しては、日本人男子は91%、タイ人男子は僅か34%が賛成するにとどまりました。つまり日本の学生は自分自身に関係ある事柄としてエイズを怖れていたのですが、タイの学生の多くは自分とは無関係な事柄だと考えていたのです。また性体験は日本人では男10%、女9%とほとんど変わりなく、高校生同士がパートナーであるのに対し(男子学生の買春経験は1%)、タイでは男が25%、女が2.5%です。つまり、タイの男子学生の相手はほとんどの場合セックス・ワーカーであるのがつよく示唆されます(男子学生の買春経験は13%にのぼる)。

② ソープ嬢のコンドーム装着スキル：

後述のように、日本人のセックス・ワーカーには当時ほとんど感染者がいないのが印象的でした。浅草の吉原には数多くのソープ嬢が働いており、私たちの共同研究者がそこで婦人科クリニックを開業していましたが、1986年以來10年間に総サンプル数22,000(5,000人のセックス・ワーカー)で陽性の例はありませんでした。これはアフリカのセックス・ワーカーの30~80%が陽性だということを考えると、信じられないような数字です。

以上を説明するために、仮説を一緒に立てました。

- (1) ごく高い率でコンドームを装着している。
- (2) HIV陽性の客がごく少ない。
- (3) 怪しく見える客にはコンドームを装着してもらう。

そのクリニックを訪れる 208 人のソープ嬢に聞いたところ、彼女たちが巧みに自己防衛している姿が浮かび上がりました。

第一に、常時コンドーム装着を客に要求する「常時要求者」の割合は5割に過ぎませんが、怪しく見える客に対してはほとんどのソープ嬢がコンドーム装着を要求していました。第二に、「常時要求者」の62%は、ペニスの膣挿入の前にオーラル・セックスを行い、その際に口でコンドーム装着をするという方法の「学習者」でした。第三に、この方法の「学習者」の8割までが学習した方法通り口でコンドームを装着していました。第四に、「学習者」の8割は、客に装着事実をほとんど見つかっていませんでした。つまり口でコンドームを客に装着するという方法は、有効なのです。そして最後に、たとえ客に見つかっても客から暴力行為を受けたソープ嬢はいなかったのです。

この結果をアメリカの医療人類学者マーガレット・ロックに話すと、彼女は、アングロサクソンの社会では通用しない自己防衛テクニックだ、と感想を述べました。なぜなら、もし見つかったらセックス・ワーカーが殺される可能性が大きいと言うのです。文献を調べると確かに、たとえばイギリスのグラスゴウなどではサービスに不満な客に、セックス・ワーカーがその膣にショットガンを突っ込まれた報告などがあります。またストリート・ガールが暴力を受けることも多いのです。つまり、コンドームを口で顧客の知らない間に装着する方法は、日本という柔和な顧客がいる性文化であるから、初めて成立する自己防衛技術なのでした。

3. 法の強制が無効な性感染症—人間の心理を読む必要

1985年、血友病の患者が HIV に汚染された血液製剤を使用して感染した時点、まだ一般の人たちに感染例が見出されていないのに、エイズ流行を恐れる心理は日本社会で強いのでした。それがエイズ予防法の原案に反映されていました。HIV 陽性者が見つかり、検査の窓口になる医療機関はその事実を届ける義務を負う、というものです。

性感染症の歴史に通じる社会医学徒ならば、そのような立法には反対するでしょう。それはイギリスにおける梅毒制御の経験があるからです。

コロンブスが新大陸から梅毒を持って帰ってからヨーロッパではその大流行がみられました。近代国家が成立すると各国政府はその制御に頭を悩ますこととなります。

イギリスでは1864年、「伝染病令」で、売春婦の強制登録、検診、隔離入院を定めます。しかしこれは大失敗に終わりました。彼女たちは正規の医療機関に寄りつかず、「水面下に潜る」現象が生じます。つまり①治療法が無く、②セックスにより伝染し、③社会的に忌み嫌われる病気は、強制的措置では制御できないのです。

20世紀初頭、男性についての有病率は、ロンドンでは12%、パリで15%、ベルリンで12%という高いものでした。それが低下しはじめたのは、20世紀前半、“open door clinic”と呼ばれる、患者のプライバシーを守り、無料で梅毒の特効薬サルバルサンを治療に活用し始めてからでした。

こういう歴史的事実があるため、1985年、イギリスの保健相K. クラークは通知の義務化を拒否し、1987年 CDC は強制検査を満場一致で否決しています。日本では、「エイズ予防法原案」の内容が洩れると、帝京大学病院を受診するゲイの男性の受診率は10分の1に激減しました。

1987年初頭、アメリカのエイズ患者数はすでに3万人を超えていたが、神

戸で一人の売春婦がエイズにかかっており、多数の男性と性交渉があったと報ぜられました。これは、日本におけるエイズ流行規模を推察するきっかけとなりました。

報道に続いてパニックが生じ、京阪神の保健機関はエイズ検査を求める人が殺到し、パンク状態になりました。短期間に、すくなくとも数千のセックス・ワーカーが検査を受けたのですが、幸いなことに日本人のセックス・ワーカーに陽性者は見つからなかったのです。同時に、パニックによりソープランドは閑古鳥が鳴く状態となり、廃業に追い込まれた業者も現れました。明治以来女性解放論者たちが推進しようとして為し得なかったことが、ささやかながら実現したのです。

4. エイズと差別

エイズはセックスにより感染する、治療法のない、致死的な病気であるという点で、つよい差別対象の条件をそなえていました。しかし差別の現れ方は、文化により異なることが観られます。

第一は「非暴力的隔離型」差別で、日本やタイにおいて観察できました。タイでは、エイズ患者の「看取りの場」を提供しようとした仏教寺院の門口に患者を捨てて、家族は帰ってしまうという事件が相次ぎました。

日本人はタイ人とはパニックを起こす点で違いますが、エイズという環境中の「不快刺激」に対する恐怖と不安が大きく、自分と「刺激」との間に距離を置く傾向がはっきりしています。しかしエイズ患者に対する暴力行為は見られません。パニックを起こすのも「非暴力的逃走行動」の一型のように見えます。

第二は「暴力的排除型」差別で、アメリカにおいて明瞭でした。「不快刺激」に傷害を与えたり時には殺したりして排除する傾向です。たとえば 1985 年

12月、サンフランシスコのスーパー前で、2人のゲイが一群の少年たちに襲われました。「てめえらきたねえおかま野郎」と叫ぶ少年たちに1人はさんざん殴られ重傷を負ってしまいます。またストックトンのゲイが集まる教会牧師(彼もゲイ)が刺殺されましたが、その前に何度も殺人予告や不審火が起こっています。サンフランシスコのゲイを標的とする暴力事件は、1984年185件、85年には218件に達しています。

5. 「文化的自己観」という深層意識を通して観たエイズ

a) 文化的自己観の2型

日本人とアメリカ人とは、エイズ差別という一つの行動側面をみただけで、そうとう異なっているのが察せられます。それは、私の目から見ると、文化心理学者ヘーゼル・マーカスと北山忍の報告した文化的自己観という根源的の違いに由来するように見えます。(ここで詳しく説明する余地はないので、学生諸君はぜひ彼らの古典的論文を読んでいただきたい)。

自己観には2種類あり、「相互独立的自己観」と「相互協調的自己観」です。

相互独立的自己観はごく簡単に言うと、自己は他者と画然と分けられた宇宙という深層心理的認識です。自己はその判断、意思決定、行為の主体です。そして他者もそのような存在であるという理解があります。個人は「アトム」のような孤立した存在です。他者は絶対必要な関係項としては存在しません。この自己観の持ち主は自我拡張傾向と不快刺激無視の傾向がたつよく、欧米の文化圏に多く見られます。私はこのような自己観の持ち主を「アトムの自己」と呼んでいます。

相互協調的自己観では、自分と他者は繋がっており、断ち切れないという深層心理的認識です。自分の判断、意思決定、行為において他者が関係項として存在し、他者との「つながり」を深層心理で感じています。そしてしば

しばしば自己卑下的な傾向が見られます。この自己卑下的傾向は、日本文化圏においてはとくに多くまた顕著にみられます。このような自己観の持ち主を「つながりの自己」と呼びましょう。

b) 自己観がエイズ認識に及ぼす偏り

私たちは同じ環境にいても、それぞれがその環境から創る世界には大変な違いがあります。仏教に一水四見という喩があります。水は人間にとっては水だが、魚にとっては家、天人にとっては玻璃の床、地獄の亡者にとっては血膿である、というものです。

そのように、同じ事象を見ても認識はがらりと変わります。1994年度のエイズ新患者報告数はアメリカでは約9万人、タイで6,500人、日本では150人足らずでした。しかし同年11月14日号の「ニューヨーカー」誌のスタン・セッサーなる記者の「隠された死」という記事を読むと認識のあまりの違いに背筋が寒くなります。

たとえば、「30万人の海外からのセックス・ワーカーに対し、日本人客はコンドームを使う気にはならない」と記述がありますが、先に述べたように、常時5割のセックス・ワーカーは使用しているし、「怪しい客」に対してはほとんどのセックス・ワーカーが付けています。また「厚生省は2002年までに累計18,000人の患者・感染者が出ると予測しているが違う。2人の学者によれば、セックス・ワーカーを訪れる顧客数とコンドーム装着率が現状のままなら、1996年には感染者数130万人に達し、2000年にはエイズ患者は23万人に達するという」。しかしこの2人の学者は論文も発表していないのです。

つまり、この記者のような「アトムの自己」の持ち主は、自我拡張傾向がつよく、自分よりも優れた存在すなわち「不快刺激」の存在を無視するか、排除するか、きわめて矮小化するという傾向がつよいのです。疫学統計で得られた客観的事実も、専門家集団による予測（デルフォイの神託）でさえも、

彼の拡張した自我は受け入れることを拒んだのでした。「アトムの自己」の優勢な社会、たとえばアメリカで、なぜ潜在的にエイズ感染の可能性が高いゲイに対する暴力的な差別が頻発したか、また口でコンドームを装着する自己防衛技術が育たないか、が頷けます。

反対に「つながりの自己」の優勢な日本人には、裏返しの現象が見られません。極端な「自己卑下」です。

たとえばエイズについても、1992年4月ニューヨーク市アトリウム・クラブで行われた日米の夕食会で行われたトピックスに基づき、ロイス・ゲータは「ニューヨークでエイズを語る—日本人へのメッセージ」を「国際パイオエシックス・ネットワーク」に載せていますが、それは1)「日本は問題の存在を認識すべきである」。2)「日本がエイズの流行を妨げるという点で10年遅れており、したがって、大きな危険をすでに冒している」というものでした。これまでの日米両国のエイズ流行規模とその対策から見てこのような発言は根拠がありません。

その時の日本人の反応は興味深いものでした。ニューヨークの病院勤務のある医師は「日本人は、エイズの影響を理解することについては、いまだに原始的 (primitive) な段階にある」と発言しています。日本で厚生省のエイズ対策にかかわっていた者は、「日本人は、行動を変えるべき理由を与えられても行動を変化させることができない。それが日本の『文化』だ」、というものでした。1987年、関西で起きたエイズパニックのときの日本人の行動変化、日本人ソープ嬢に感染例がなかった事実を無視しています。「つながりの自己」の典型的自己卑下といえましょう。マスコミにも日本は「エイズ後進国」だという表現は何度も使われていました。

このようにエイズへの対応は、それぞれの国や民族における「文化的自己観」と深く、分ちがたく結びついているのです。

6. まとめ

- ・ある歴史的社会的環境条件において、生存確率を高めるような行動の総体を「文化」と名付けるなら、エイズに対しても、人はその文化的文脈において認識し行動することを、アフリカ、タイ、日本、アメリカの例を挙げて述べた。
- ・「文化的自己観」という深層心理的自己理解が、エイズ流行という事象に対し、どのような認識の偏りを作るかを、アメリカと日本の例から見た。

編集者注： 文献等は、大井玄（2009）『環境世界と自己の系譜』（みすず書房、pp.298）参照のこと。特に一読を勧める文献は、Markus, H.R. & Kitayama S., Culture and the Self : Implication for cognition, emotion, and motivation. Psychol. Rev. 98, pp224-253. 1991

2011-11-22 MULC 講演会（4-101 教室にて）