特集：長期感染に伴うさまざまな問題

中年期・老年期の MSM の心理社会的課題

Psychosocial Developmental Tasks of Midlife and Older MSM in Japan

平　田　俊　明
Toshiaki HIRATA
しらかば診療所
Shirakaba Clinic

緒　　言

1996 年頃に抗 HIV 薬の多剤併用療法 Highly Active Anti-Retroviral Therapy（HAART）が導入されて以降，HIV 陽性者の予後は著しく改善した。予後の改善とともに，HIV 陽性者の心理社会的ニーズも変化し[1]，陽性者の支援に携わる者はより長年月にわたる心理社会的要因を考慮することが必要になった。

同時に，HIV 陽性者の高齢化の問題が浮上し，老年期を迎えた陽性者をいかに支援するかという課題が以前よりも取り上げられるようになった[2~4]。HAART による予後の改善とともに，中年期や老年期を迎える陽性者の心理社会的課題にも目を向ける必要がよりでてきたといえる。

筆者は，来院者の半数弱が Men Who Have Sex with Men（MSM）であるという特徴を持つ民間クリニックに勤務し[5]，MSM への心理的支援―HIV 陽性の者もそうでない者も含む―を日常の業務として行っている。来院者は 20 代から 30 代の若い年代が多いが，クリニックを開設して 5 年目を迎え，以前よりも中年期の MSM や，数は少ないが老年期の MSM と関わる機会がでてきた。

中年期・老年期の MSM は，多くの部分で同じ年代の異性愛男性と共通する心理社会的ニーズを持つ一方で，MSM に特有の心理社会的課題も存在する[6~9]。Ritter と Terndrup は，レズビアン，ゲイ，バイセクシュアル（LGB）のアイデンティティ形成の過程を 5 つの段階に整理して提示し（表 1），各発達段階に応じた心理的支援を提供する必要性を説いている[10]。MSM の支援に携わる者は，MSM に特徴的な心理社会的課題を把握しておく必要がある。

本稿では，いくつかの事例の提示と考察を通じて，中年期・老年期の MSM の心理社会的課題について論じる。なお，年齢区分については諸説あるが，本稿では大まかに 20 代・30 代を成人期，40 代・50 代を中年期，60 代以上を老年期と称する。

著者連絡先：平田俊明（〒162-0065　東京都新宿区住吉町 8-28　B・STEP ビル 2 階　しらかば診療所）
2013 年 3 月 12 日受付

事例と考察

以下に提示する三つの事例は，いずれも筆者が直接に経験した，あるいは間接に見聞きした複数の事例の種々の要素を抽出して創作した事例である。創作事例ではあるが，現実の事例として十分にあり得る内容である。抽出した要素については，プライバシー保護のためさらに細部を改変している。

最初に，成人期から中年期にかけて不適応に陥り抑うつ状態を呈した事例を提示する。成人期から中年期にかけて不適応に陥る MSM のひとつの典型的なパターンを示すため，記述が長くなるが，複数の要素を組み入れて創作した事例である。

1.　事例 1　A さん

1）　事例 1 の概要

40 歳のゲイ男性[注)]，会社員。一カ月ほど前から，寝つきがわるい，疲れがとれない，朝なかなか起きられない，意欲がでてこない，仕事に集中できないなどの症状が出現し始めた。自宅近くの心療内科を受診したが「あまり話もきいてくれず薬だけ処方されるという感じ」だったので，インターネットでセクシュアル・マイノリティに理解があるという当院の情報を得て来院した。諸症状を再確認し抑うつ状態にあると判断し，引き続き抗うつ薬と睡眠薬を処方した。「ストレスがありますか」とたずねると，「仕事をやめようかと思ってるんです」という答えが返ってくる。

何回か面接を重ね，以下のような背景が明らかになった。

今の会社には大学卒業後から 17 年間勤めている。忙しくて大変ではあったが，入社して間もないころは「充実していた」。仕事にやりがいを感じ，同期で入社した同僚たちと話も合い，仕事帰りに誘い合って飲みに行ったり，週末は一緒にテニスを楽しんだりした。「学生時代の延長のような感じで楽しかった」と A さんは述べる。が，20 代後半頃から，同僚たちがひとりまたひとりと結婚してい

表 1 レズビアン，ゲイ，バイセクシュアル（LGB）のアイデンティティ形成の 5 段階

第 1 段階：自分がまわりと違うと感じるが，同性に惹かれることは明確には意識されない。疎外感を感じたり孤立していると感じる。気分が沈んだり憂鬱感を感じたりする。

第 2 段階：LGB に関する情報に触れ，自分自身にあてはまることに気づく。まわりの同年代の仲間と性的な部分で異なることに気づく。しかし，同性に惹かれる感情を認めようとせず，押し殺したり，抑圧したり，否定しようする。異性愛者としての将来が来ないことを自覚し，ある種の喪失感を感じる。異性愛だとみなされるような言動を意図的に取ろうとする。

第 3 段階：「LGB かもしれない」から「LGB なのだろう」と，より認める度合いが進む。相手を選んでカミングアウトし始める。ゲイ，レズビアン，バイセクシュアルという言葉を自分自身にあてはめるようになり，LGB という集団の一員であることを認め始める。孤立感がやわらぐ。LGB としての自分のニーズを認めるようになり，ほかの LGB 当事者と会い始める。性的な接触を持つ。しかし，LGB であることを十分に認めることはできず，LGB であることに関してネガティブな思いも抱き続ける。

第 4 段階：第三段階でのほかの LGB との出会いがポジティブなものであれば，LGB としての自分を（単に許容するのではなく）受容するようになる。ほかの LGB 当事者と積極的に知り合い交友関係を結ぼうとする。感情面でも性的な面でも親密になれる相手を求めるようになる。同性と恋愛関係を築くようになる。最初の恋愛関係において非現実的な期待や過剰な思い入れを抱くことがある。LGB であることが自然なことであり普通のことであると思うようになる。LGB であることに居心地のよさを感じる。

第 5 段階：第 5 段階はさらに二つの時期に区分し得る。

最初は LGB のコミュニティ文化の特徴を積極的に取り入れようとする。LGB のコミュニティの文化に積極的に同一化しようとする。異性愛者を，LGB を抑圧する敵対者のように捉える。「LGB」対「異性愛者」という二分法的な価値観を取り入れるようになる。

その後，LGB の人でも自分とは価値観の異なる人がいることに気づき，異性愛者でも自分と話の合う人がいることに気づく。異性愛の理解者に対して信頼を感じるようになる。カミングアウトを自然体で行うようになる。LGB である自分と異性愛者のふりをする自分とを使い分けることがなくなる。統一されたアイデンティティの感覚を得るようになる。

文献 10）をもとに筆者が作表。

き，独身のままでいるのはいつの間にか A さんだけになった。職場では自分がゲイであることはだれにも話しておらず，「同僚の結婚式に出席するたびに居心地のわるさ，自分がそこにいることが場違いな感じ」を感じていた。結婚して同僚たちは帰宅が遅くならないように，一緒に夜飲みにでることもなくなった。同僚たちのプライベートの会話は，家族の話題，子どもの話題が増え，話に加われないでいる A さんに対して「お前も早く結婚しろよ」「いい人を見つけろよ」と同僚たちが言ってくるようになった。職場の居心地がわるくなったと A さんは感じるようになる。「被害的に考えすぎているのはわかってるんですが」と前置きしつつ，「仲間外れにされているような気がするんです」と A さんは述べる。

仕事にも以前ほどやる気を覚えなくなっていると自分で感じていたところ，2 カ月前に異動を通達された。正社員が実質三人だけという少人数の部署に配属になった。50 代後半の男性上司が，仕事以外のことにいろいろと干渉してくることが非常にストレスだと A さんは述べる。仕事が終わったあと飲みに誘われるが，きまって説教をされる。「結婚して一人前だ」という話をされ，「つき合っている女性はいないのか」などと私生活をあれこれと詮索される。しだいに会社にいくのが億劫に感じられるようになった。「出勤して，その上司の顔をみるのも嫌なんです」と A さんは述べる。

ほかのゲイ男性との交友関係や男性とつき合った経験について A さんにたずねると，ゲイに対するネガティブなイメージがあり，そのイメージが払拭されるような経験をしていないことがうかがえた。「つき合っている相手がいるのに，どうしてゲイは平気でほかの男とセックスできるのか，その神経がわからない」というような発言がきかれた。ときどきハッテン場に行き男性と性的接触を持つことがあるが，ほかのゲイ男性と交友関係を築こうとういう意思はあまりないようであった。

A さんは高校生のときに，出会い系サイトを介してはじめてほかのゲイ男性と会った。8 歳年上の社会人で，最初に会ったときから相手は性的関係を求めてきて A さんも応じた。優しい人だと感じたので，A さんは恋人として付き合えることも期待して相手と会っていたが，数回会うう

ちに，「恋人はいない」と言っていた相手に何年もつき合っている男性がいることがわかった。そのことが発覚したあと，相手から急に連絡を絶たれてしまった。住所や仕事についても相手は嘘をついていたようだった。「それはショックなことでしたね」とAさんに伝えると，「ゲイの世界では，こんなことめずらしくないですよ」という応答が返ってきた。

2） 事例1の考察

Eriksonの発達理論によれば，成人期に成し遂げるべき発達課題は「親密性 intimacy」である[11]。成人期は，親友や恋人との間に親密な関係を結び，長年月にわたるパートナーシップを築く相手と出会い，他者を愛する能力を発揮する時期である，とされる。

配偶者と呼べるような相手とパートナーシップを築くことだけが親密性を達成する方法ではないと思われるが，いくつかの先進諸国と異なり同性とのパートナーシップが公的に認められていない日本において，成人期に他者との親密性をどのように構築するかは，異性愛男性とMSMとではかなり異なる様相を呈すると推察される。MSMにとっての親密性の課題は，異性愛男性よりも達成困難なものになり得る。RitterとTerndrupは，中年期を迎えたLGBが，中年期の課題だけでなく，それより以前の発達課題―青年期におけるアイデンティティの課題や成人期における親密性の課題―にも同時に取り組まねばならないことがしばしばあると指摘している[12]。

中年期以降に重点をおいた発達理論を提唱したLevinsonによると，33歳から40歳にかけては“settling down”の時期だとされる[13]。日本語では「家を構える」時期，「腰を据える」時期などの訳語があてられている。

Aさんの場合，ほかの同僚たちが次々と結婚し「家を構える」なかで，今後どのような他者とどのように親密な関係を築けるかが見えなくなり，孤立に陥ったように感じられたのだろう。それまで歩みをともにしてきたと思っていた同僚たちと，歩む道筋が分かれてしまったように感じたのだと思われる。かといって，自分のゲイとしての部分を抑圧してきたAさんには代替となる人生の選択肢も見えない。肯定的なゲイ男性のイメージに触れたこともなく，ゲイとしてどのように生きるかのロールモデルをみたこともなければ，自分の将来像を積極的に思い描くことは難しいだろう[14]。

Aさんは内在化されたホモフォビアを抱えており，「異性愛者役割葛藤」が強いようであった[15]。かりにAさんにほかのゲイ男性との交友関係やパートナーなどのソーシャル・サポートがあったならば，ここまでの不適応状態には陥らなかったのではないかとも思われた。

このあとのAさんとの面接では，Aさんの抱いている，ゲイに対するネガティブなイメージについて取り上げ，ほかのゲイ男性との交友関係を結ぶ方向性を探索していった。成人期よりも以前の発達課題に取り組むことが，Aさんにとって必要であるように思われた。

つづいて，老年期の事例を提示する。老年期のMSMにとって，必要なソーシャル・サポートを得ようとしてもなかなか難しい状況のあることが推察される。

2. 事例2 Bさん

1） 事例2の概要

パニック発作様の症状を主訴に来院した60代後半のゲイ男性。四十年間勤め上げた会社の事務職を5年前に退職，現在は賃貸のアパートで一人暮らし。一人っ子で，父親はBさんが20代の頃に亡くなり，母親も三年前に脳梗塞で倒れ，身体が不自由になり，一緒に住んでいたBさんが介護を続けた後，一年前に亡くなった。近くに叔父，叔母と従兄弟が住んでいるが，現在行き来はほとんどない。

Bさんはもともと心配性であり心気的でもあったが，半年ほど前，電車に乗っている最中に狭心症の発作を起こし救急搬送されるというエピソードがあってから，電車に乗ることを考えるだけで極度に不安になり動悸と呼吸困難が生じ，パニック発作様の症状を呈するようになった。近医の内科と精神科に通院を開始し，狭心症治療薬とSSRIの内服を開始し症状は改善しつつあるところに，セクシュアル・マイノリティに理解があるという当院開院のニュースを友人から聞き，「セクシュアリティのことも話したいので」と当院へ転院してきた。

転院して間もなく，親しくしていたゲイの友人が心筋梗塞で急に亡くなり，不安症状が悪化した。自分の今後のことが心配になり，若い頃比較的親しくしていた従弟に「自分が病気になったら面倒をみてもらえないだろうか」とたずねてみたが，まったく相手にしてもらえず，さらに不安症状が増悪した。

同年代のゲイ・バイセクシュアル男性の友人が数人いてときどき一緒に会って食事をしたりもするが，皆，既婚者で家庭を持っているため，「あてにするわけにもいかない」「つき合いにも限度がある」とBさんは感じている。ゲイのサークルやピアサポート的な集まりに参加してみたこともあるが，「参加者はせいぜい40代止まりで，自分ぐらいの年代はいないので」話が合わなかったり居心地のわるさを感じ，継続しての参加には至らない。

これまで男性とつき合ったことは何度かあるが長続きせず，「40代のときにつき合っていた相手と別れたあとは，もう彼氏をつくるのも無理だろうとあきらめました」と自嘲気味に述べる。

以前より物忘れが多くなったように感じ，今のアパート

での独居生活がいつまで続けられるか不安，介護が必要になったときのために老人ホームへの入居についても調べているが，ゲイである自分が施設での生活になじめるかどうかも心配である。「同性愛に理解のある老人ホームはないんですか」と質問してくる。

2） 事例 2 の考察

B さんは老年期のゲイ男性である。後述の C さんとは異なり，B さんには自分に必要な社会的資源を積極的に得ようとする姿勢がある。セクシュアル・マイノリティに理解があるという当院の情報を得て自ら転院してきたのもその表れといえる。

以下，B さんの事例を，「ソーシャル・サポート」という観点から論じる。

老年期の MSM の心理社会的側面について論じる英語の文献では，「ソーシャル・サポート」という用語が頻出する。ソーシャル・サポートは，明確に定義するのが困難な用語であるが，広い意味では「対人関係からもたらされる，手段的・表出的な機能をもった援助」と定義される[16]。提供されるソーシャル・サポートの種類としては，情緒的サポート，道具的サポート，情報的サポートなどがある。

ソーシャル・サポートに関して，老年期の人々がどのような相手をサポート要員（サポートを提供してくれる要員）として認識しているかについて調べた海外の研究では，多くの異性愛男性が「家族」を第一にあげるのに対して，MSM は「近しい友人」を第一にあげることが多い[17,18]。60 歳以上の LGB 数百人を対象に行われた北米の調査では，90% の回答者が「近しい友人」をサポート要員としてあげていた[19]。

異性愛男性では家族をサポート要員とみなす割合が高いのに対し，MSM でその割合が低くなる背景には，MSM の場合，原家族（親や同胞）と意図的に距離をおくことによって，自分が MSM であるという事実を知られるのを回避しようとしていたり，あるいは，自分が MSM であるという事実を実際に知った原家族の側がその事実を受け入れようとしない，などの要因がはたらいていると思われる[20]。

多くの MSM が，原家族 family of origin よりも，「自らが選んだ家族 family of choice」によってソーシャル・サポートを得ているといえる[21,22]。

MSM を対象にした日本の調査では，40 代および 50 代以上の MSM で，「心を許せるゲイの友達がいる」と答えた割合は 6 割程度で，また，半分弱の者が「心を許せる異性愛の友達がいる」と回答している[23]。今後さらに，ソーシャル・サポートという観点から MSM の対人関係について吟味する調査が日本でも行われるとよいだろう。

サポート要員として，友人の次にあげられることが多い相手は「パートナー」である。上述の北米の調査では，44% の回答者がパートナーをサポート要員としてあげていた[19]。さらには，同性パートナーと一緒に暮らしている者のほうが，そうではない者よりも「自らのメンタルヘルスの状態がよい」と答える割合が高かった。

同じく米国で行われた 44 歳から 75 歳までの約 200 名のゲイ男性を対象とした調査では，同性のドメスティック・パートナーがいる者は 30.2%，法的に認められた同性の配偶者がいる者は 11.9% であり，同性のドメスティック・パートナーや法的な配偶者がいることによって，肯定的な感情が増進され抑うつ症状が軽減され得るという結果が得られている[6]。パートナーがいることにより情緒的サポートが提供され，安定したメンタルヘルスの状態が維持されやすいことがうかがえる。

ソーシャル・サポート要員の条件としては，「自分の性指向を承知していること」がもっとも重要な条件としてあげられていた[19]。自分の性指向を知らない原家族のメンバーがサポート要員になった場合，提供されるサポートへの満足度は必ずしも高くはないことが予想される。

B さんの場合は，同年代のゲイ・バイセクシュアルの友人たちがソーシャル・サポート要員に―とくに情緒面におけるサポート要員―になっていた。セクシュアル・マイノリティのコミュニティ内のサークルやピアサポート的な集まりは，年齢が障壁となって，B さんにとってソーシャル・サポートのリソースにはなっていないようだった。LGB コミュニティ内に存在するエイジズム ageism の問題が海外で議論されることがある[9,24]。エイジズムとは，年齢によって他者を見下したり差別したり排除したりすることであり，中高年の LGB がコミュニティへ参加することを妨げる要因になり得る。日本のセクシュアル・マイノリティのコミュニティにおけるエイジズムの状況について把握することは今後の課題であろう。

B さんは老人ホームへの入居も検討し始めているが，ゲイである自分が性指向を隠したままで入居生活になじめるかどうか不安に感じていた。Brotman らは，高齢者向けの福祉サービスにおいては，一般の福祉サービスよりも，さらにホモフォビアや異性愛主義が頻繁に認められると述べている[24]。上述したように，ソーシャル・サポートへの満足度は，サポート要員が自分の性指向を承知しているかどうかに左右されるという報告があるが，一般の高齢者向け施設において，スタッフが利用者の性指向を了承したうえで，利用者にとって満足度の高いケアが提供されることは現状難しいだろう。この点に関しても日本の現状を把握するための調査研究が今後必要であろう。

次の事例は，同性パートナーとの死別が問題となっていた事例であるが，一回のみの面接で来談が中断した事例である。援助が必要な状態であっても，内在化されたホモ

フォビアが強い場合，本人が援助を求めようとしない場合がある。

3.　事例 3　C さん

1）事例 3 の概要

50 代後半のゲイ男性，警備員の仕事をしている。問診票の主訴欄には，「知り合いから勧められて」とのみ記載。

面接時，非常に防衛的な態度で，主訴や来談動機をたずねても「一問一答式」な答えが返ってくるのみで話がふくらまない。話された断片的な内容をつないでいくと，以下のような状況が明らかになった。

C さんは，25 年間一緒に暮らしてきた同性パートナーを半年前に亡くした。パートナーにも C さんにもすでに身寄りはなかったので，葬儀は簡素なものだった。C さんには友人と呼べる間柄の人もおらず，唯一，パートナーの友人だったバイセクシュアル男性が二人の関係性を知っており，その知人が，引きこもりがちになっている C さんの状態を心配して「とにかく一度は当院を受診するように」と強く勧めてきた。C さんにはもともと飲酒の習慣があったが，パートナーの死後，酒量がかなり増加している。朝から家で飲酒し仕事にもいけないことが増えている。精神症状についてたずねていくと，睡眠障害も抑うつ症状もあるようだった。

内在化されたホモフォビアが強いようで，待合室で「いかにもホモっぽい」人が複数いたことへの不快感を表明する。「患者もスタッフも若い人ばかりですね，自分ぐらいの年齢の医者はいないんですか」と不満気に述べる。

パートナーを亡くしたつらさへの共感を伝えつつ，「今は悲嘆と呼ばれる時期で気分が落ち込むのも無理もない」こと，「夜眠れないことや飲酒量の増加が気になるので，薬を内服し継続的な通院が必要だと思われる」ことを説明するも，「知人にいわれたので，一回だけ試しにきてみた」と述べ，次回予約を入れることに対しては強く抵抗を表明する。抗うつ薬と睡眠薬を処方し翌週に予約を入れたが，来院せず。その後も連絡はない。

2）　事例 3 の考察

25 年間連れ添った同性のパートナーを亡くし，C さんは「公認されない悲嘆 disenfranchised grief」に苦しめられていたのだと推察される。「公認されない悲嘆」とは，社会的に正当性が認められない悲嘆のことをいう[25]。すなわち，大切な相手が亡くなって悲嘆を抱えているにもかかわらず，残された遺族がそれを表出することも，支援を求めることも社会的に容認されないような悲嘆のことである。例として，正式な結婚手続きをしていない恋人が亡くなった場合や，大切な相手が社会的にスティグマを付与されるような死因で亡くなった場合―エイズなどのスティグマを付与されやすい病気，自死，死刑，中絶などで亡くなった場合―があげられる。公認されない悲嘆の場合，いつまでも悲嘆が長引いたりうつ病に移行したりなど，通常の悲嘆と異なる経過を呈し得る。同性カップルにとって，パートナーを亡くしたあとの喪失体験は，公認されない悲嘆を背負うこととイコールになる場合がある。二人の関係性が相手の原家族から認知されていなければ，病院への見舞いにも行けず死に目にも会えず，葬儀にも参列できず，住居が相手名義で所有されていた場合には，住む所を失う可能性さえある[12]。

面接時，それまで公認されてこなかった悲嘆を「私は認めますよ」という姿勢を精一杯 C さんに示したつもりだったが，翌週の予約に現れなかったことを考えると，残念ながら C さんには十分に届かなかったようである。

C さんはソーシャル・サポートがかなり乏しい人のようであった。C さんと亡くなったパートナーとの関係性を知る者は上述の知人ひとりのみである。クローゼットな状態で暮らしている同性カップルの場合，互いに互いの存在のみが唯一のソーシャル・サポートであるという状況が生じ得る。そのようなカップルの片方が亡くなった場合，残された側が被る打撃は大きい[12]。C さんにとって，パートナーとの死別は，対処可能なレベルをはるかに超えたストレスだったと思われる。

C さんは内在化されたホモフォビアが強く，援助希求性が乏しいようであった。Ritter と Terndrup は，長年自らの性指向を抑圧してきた LGB は，援助を受けることによって自らのセクシュアリティと向き合うことになるのを恐れ，それを回避しようとするため，必要時にもなかなか援助を受けようとしないと述べている[12]。当院は，広報の仕方に配慮をしてはいるが，「セクシュアル・マイノリティに理解のあるクリニック」と謳っているがためにかえって来院しにくくなる MSM もいると思われる。

MSM のなかには，社会のなかにあるホモフォビアを内在化しそれを自らの価値観としてしまう者がいる。日高が 2003 年に行った調査では，ホモフォビアあるいは内在化されたホモフォビアのために，援助を求めることに躊躇を覚える MSM の声が示されている。「話して拒絶されないかとても心配」「軽蔑されることに怯えている」など，カウンセラーや医師から受け入れられないのではないかという恐れが表明されている[26]。援助希求性の乏しさは，MSM のメンタルヘルスの低下を招く要因として，および MSM のメンタルヘルスの改善を阻む要因として，重大な課題のひとつである。C さんの内在化されたホモフォビアの強さと援助希求性の低さが，どのようにして形成されたのか，その具体的な背景は知ることができなかったが，社会にあるホモフォビアがもっと低減するならば，そのことは MSM の援助希求性を高めることにつながると思われる。

結　　語

上に提示した事例はいずれもクリニックへ来院した臨床例をもとに創作した，症状や悩みを抱えた事例であり，MSM 集団を代表するような事例ではない。セクシュアル・マイノリティのコミュニティとの接触をなかなか持てない（持たない）人々の事例である。大半の MSM は，上述の事例よりも，多くのソーシャル・サポートを持っており，専門家への心理的支援を求める必要性も通常感じないだろう。今後，臨床例ではない中年期・老年期の MSM についての実証研究もさらに行われることが必要だと思われる。

逆に，同時に，本稿はいわゆるコミュニティとの接触をなかなか持てない（持たない）MSM の姿を描出しているため，そのような人々のおかれている状況の一端を把握する一助になると思われる。さまざまな要因によって，コミュニティにアクセスしたくてもできない当事者たちがいる。コミュニティへの所属感を感じている MSM が，コミュニティとの接触を持てない（持たない）MSM の存在を意識し考えることは，そのコミュニティのキャパシティを深めることにつながり得る。セクシュアル・マイノリティのコミュニティが，多様な背景や多彩な属性を持つ当事者たちを受け入れ，それらの人々にとってのソーシャル・サポートのひとつに（さらに）なるならば，それはコミュニティの成熟を促すことにもつながるだろう。

Ritter と Terndrup は，中年期・老年期の LGB は「見えない存在 invisible」になりがちであると述べ，中高年の LGB の「不可視性 invisibility」に言及している[12]。前述したように，セクシュアル・マイノリティのコミュニティ内に存在するエイジズムによって，コミュニティにおいても，中年期・老年期の MSM は不可視の存在にされる可能性がある。

中年期・老年期の人々の体験は，それがどのようなものであれ，若い世代の側に「聴こう」という姿勢があり，中年期・老年期の人々の側に「話そう」という思いが生まれるならば，有益な「智恵」となって伝授され得る。そのことを，Erikson は「世代継承性 generativity」という言葉で言い表した[13]。「世代継承性」とは，「新しいものを生みだす力，生み出したものを世話し，次世代へとつなぎ継承していく力」のことである[27]。中年期・老年期の MSM を「見えない存在」にしてしまうのではなく，次世代へと伝達されるべき貴重な体験を有する，コミュニティの成員として認識することが必要だと思われる。

注）本稿では，同性（あるいは両性）への性指向を持つ男性の表記に関して，集団として言及する場合には“MSM”を用い，個別の人物に言及する場合には「ゲイ（バイセクシュアル）」を用いている。

文　　献

1）兒玉憲一，内野悌司，喜花伸子，森川早苗：HIV/AIDS カウンセリング 11 年間の話題分析．広島大学大学院教育学研究科紀要 50：257-262，2001.

2）関矢早苗，野本和美，柳澤如樹，菅沼明彦，今村顕史，味澤篤：当院通院中の 60 歳以上の HIV 感染者における診療状況の検討（会議録）．日本エイズ学会誌 13：475，2011.

3）永見芳子，塚本弥生，杉本香織，杉浦亙，田中千枝子，横幕能行：独居高齢 HIV 感染者の 7 年間の在宅療養支援からみた今後の地域支援の課題（会議録）．日本エイズ学会誌 14：372，2012.

4）森正彦，山本善彦，古金秀樹，上田千里，上平朝子，長谷川善一，谷岡理恵，下司有加，織田幸子，白阪琢磨：HIV 感染者の高齢化と問題点（会議録）．日本エイズ学会誌 6：463，2004.

5）井戸田一朗：民間クリニックの HIV 診療への取り組み．医薬の門 51：554-557，2012.

6）Wight RG, LeBlanc AJ, de Vries B, Detels R : Stress and mental health among midlife and older gay-identified men. Am J Pub Health 102 : 503-510, 2012.

7）Wierzalis EA, Barret B, Pope M, Rankins M : Gay men and aging. (Kimmel D, Rose T, David S eds), Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging, New York, Columbia University Press, pp 91-109, 2006.

8）Kertzner RM : The adult life course and homosexual identity in midlife gay men. Ann Rev Sex Res 12 : 75-92, 2001.

9）Cahill S, South K, Spade J : Outing age : Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual and transgender elders. National Gay and Lesbian Task Force, 2000. http : // www.thetaskforce.org/reports_and_research/outing_age

10）Ritter KY, Terndrup AI : Psychotherapeutic applications for identity formation. (Ritter KY, Terndrup AI eds), Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men, New York, Guilford Press, pp 168-188, 2002.

11）Erikson EH : The Life Cycle Completed. New York, Norton, 1982.（村瀬孝雄，近藤邦夫訳：ライフサイクル，その完結．東京，みすず書房，1989.）

12）Ritter KY, Terndrup AI : Midlife and later-life issues for sexual minority adults. (Ritter KY, Terndrup AI eds), Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men, New York, Guilford Press, pp 130-145, 2002.

13）Levinson DJ : The Seasons of a Man's Life. New York,

Knopf, 1978.（南博訳：ライフサイクルの心理学（上・下）．東京，講談社，1992.）

14）Frost JC : Group psychotherapy with the aging gay male : Treatment of choice. Group 21 : 267–285, 1997.

15）日高庸晴：ゲイ・バイセクシュアル男性の異性愛者的役割葛藤と精神的健康に関する研究，思春期学 18：264–272，2000.

16）稲葉昭英：ソーシャル・サポート研究の展開と問題．家族研究年報 17：67–78，1992.

17）Dorfman R, Walters K, Burke P, Hardin L, Karanik T, Raphael J, Silverstein E : Old, sad and alone : The myth of the aging homosexual. J Gerontol Soc Work 24 : 29–44, 1995.

18）Beeler JA, Rawls TW, Herdt G, Cohler BJ : The needs of older lesbians and gay men in Chicago. J Gay Lesbian Soc Serv 9 : 31–49, 1999.

19）Grossman AH, D'Augelli AR, Hershberger SL : Social support networks of lesbian, gay, and bisexual adults 60 years of age and older. J Gerontol Ser B : Psychol Sci 55 : 171–179, 2000.

20）Kurdek LA : Perceived social support in gays and lesbians in cohabitating relationships. J Personal Soc Psychol 54 : 504–509, 1988.

21）Weeks J, Heaphy B, Donovan C : Same-sex intimacies : Families of choice and other life experiments. London, Routledge, 2001.

22）Berger RM, Mallon D : Social support networks of gay men. J Sociol Soc Welfare 20 : 155–169, 1993.

23）日高庸晴，本間隆之，木村博和：インターネットによる MSM の HIV 感染予防に関する行動疫学研究―REACH Online 2008―．厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業，インターネット利用層への行動科学的 HIV 予防介入とモニタリングに関する研究，平成 20 年度総括・分担研究報告書，pp 7–57，2009.

24）Brotman S, Ryan B, Cormier R : The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. Gerontologist 43 : 192–202, 2003.

25）Doka KJ : Introduction. (Doka KJ ed), Disenfranchised Grief : New Directions, Challenges, and Strategies for Practice, Champaign, IL, Research Press, pp 5–20, 2002.

26）日高庸晴：ゲイ・バイセクシュアル男性の HIV 感染予防行動と心理・社会的要因に関する研究．平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究推進事業（研究成果等普及啓発事業）研究報告書，2004.

27）やまだようこ：喪失と生成のライフストーリー．（やまだようこ編），人生を物語る―生成のライフストーリー，京都，ミネルヴァ書房，pp 77–108，2000.