

ウイルスと共に生きる社会の倫理：エチオピアのHIV予防運動にみる「自己責任」と「配慮」

Nishi, Makoto / 西, 真如

(出版者 / Publisher)

法政大学人間環境学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

人間環境論集 / 人間環境論集

(巻 / Volume)

10

(号 / Number)

2

(開始ページ / Start Page)

47

(終了ページ / End Page)

61

(発行年 / Year)

2010-03-31

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00006306>

ウイルスと共に生きる社会の倫理

—エチオピアのHIV予防運動にみる「自己責任」と「配慮」—

西 真 如

京都大学東南アジア研究所

1. はじめに

2009年5月に日本国内でいわゆる新型インフルエンザの感染が確認された。このとき海外から帰国して感染が判明した高校生らが、誹謗中傷の対象となった。実際には、世界的な人の交通が膨大になっているなかで、日本へのインフルエンザの侵入を「水際で食い止める」ことは、はじめから困難であったはずだ¹⁾。また日本と、それ以前に感染が確認されていた国々とを往来した膨大な人たちの中で誰が最初に感染するかは、どちらかといえば偶然が支配する問題であり、結果的に感染が明らかになった個々人の「責任」を問うことには無理がある。

しかし私たちは、「誰もが責任ある行動を取れば、感染症を防ぐことができる」と言われると、直感的にそうかも知れない、と思ってしまうところがある。これがインフルエンザではなく、性行為による感染症であれば、なおさらそう思うかも知れない。

HIV/AIDSは、代表的な性感染症のひとつである。ただしHIVは性行為だけで感染するわけではなく、輸血や注射針を介した感染、母乳を介した感染等もあることに注意する必要がある。世界でHIVに感染している人は3,320万人、そのうち2/3がサハラ以南アフリカで生活していると推定されている。サハラ以南アフリカでは、2007年に新たにHIVに感染した者は170万人で、成人の感染率は5%に達しており[UNAIDS and WHO 2007]、HIV/AIDSの影響で農業生産に必要な労働力を確保できない世帯も増えている[Topouzis 2003]。これだけ影響が深刻であればなおさら、個々人の自覚ある行動が大切だということになるのかも知れない。実際、国際的な

HIV/AIDS対策の専門家の中にも、そのように考える人たちがいる。彼らが重視するのは「禁欲」と「貞節」という道徳観念である。結婚する前に性交渉をしない（禁欲）、そして結婚したら、配偶者とだけ性交渉をする（貞節）。このふたつのことを個々人が確実に実行すれば、誰も性感染症に晒されることがない。つまり私たちの「責任ある行動」によって、感染症の脅威のない社会が実現できるのだ。過去のHIV/AIDS対策では、この考え方を世界人びとに伝えるために、膨大な資金が投入されてきた。

しかし、HIVと人間との関係について、違う考え方をすることもできる。禁欲と貞節を説く人たちの考え方には、性感染症は人類の社会から徹底的に排除されねばならないということが含まれている。しかしそうだろうか。感染症をおこすウイルスは、確かに人類の敵である。このことに疑いはない。同時に感染症をおこすウイルスは、常に人類とともに生活しているということも忘れてはならない。たとえばHIVは、感染した人の体内で数十年にわたって存在し続ける。少なくとも現在の医療技術では、このウイルスを体内から取り除く方法はない。ウイルスを徹底的に排除するという考え方は、実際にはウイルスに感染した者を社会から排除することと同じなのである。

ここで重要なことは、現在の医療技術を前提にするとHIV/AIDSは「死の病」というよりも「慢性病」のひとつだということである。HIV陽性者は、抗レトロウイルス薬と呼ばれる薬剤の服用を中心とした治療を受けることによって、体内のウイルスの増殖を抑え、感染していない人たちとほぼ同様の日常生活を送ることが可能

である。実際、適切な治療を受けている陽性者は、エイズに関連しない疾患で死亡することのほうが多い²⁾。このように考えるならば、私たちが必要としているのは、ウイルスを徹底的に排除するための倫理ではなく、ウイルスと人間との共存を前提にした倫理ではないか。これは単に、ウイルスに感染した個人が、感染症とどうつきあってゆくかという問題に終わらない。人から人へと感染するウイルスは、本質的に「社会的な」性格を持つ。したがってウイルスとの共存という問題には、ウイルスに感染した者と感染していない者とがともに生活していくことの問題が含まれる。たとえば、HIVに感染した人と感染していない人とがカップルとして（結婚を含む）共同生活をおこなう場合に、お互いにどういった配慮ができるのかというようなことである。

2. 本稿の目的、構成および調査方法

本稿の目的を大きな枠組みで捉えるなら、性感染症問題という視点から、自然と人間との共存について考えてみるということになるだろう。すでに述べたように感染症問題は、ある種の自己責任論と結びつけて論じられることが多い。「私たちひとりひとりが責任をもって行動すれば、感染症は必ず防ぐことができる」というような考え方がそれにあたる。しかし実際には、感染症を確実に予防することは困難であり、人間社会は感染症を引き起こすウイルスとの「共存」を避けることができない。そこで本稿では、性感染症としてのHIV/AIDSの問題を取り上げ、自己責任論とは異なる立場から、私たちがどのような倫理あるいは規範にもとづいて、この問題に取り組めば良いかを考察したい。ウイルスとの「共存」とは誤解されやすい表現かも知れないが、これは決して「いくらウイルスに感染してもかまわない」ということではない。HIV感染が際限なく拡大すれば、人びとの健康がそれだけ脅かされ、社会の負担も無制限に増大することになる。これは決して共存と呼べる状態ではない。ウイルスとの共存を促す取り組みとは、人びとが感染の拡大を制御する方法を実践しながら、同時に感染した者とそうでない者との共存を促す取り組みのことである。

本稿では、エチオピアの南部州グラゲ県の地域住民によるHIV予防運動の経験にもとづき、つぎのふたつの問題について検討する。ひとつは、感染という出来事を個人の行動規範の問題とむすびつけることで感染症予防を達成しようとする考え方の妥当性である。より具体的には、HIV結婚前検査の有効性が問題となる。ここでいう結婚前検査とは、結婚を希望する男女にHIV検査を課すことである。あとで述べるように結婚前検査は、予防と個人の行動規範とを強く結びつける考え方にもとづいている。グラゲ県では、地域社会のリーダー（長老）がHIV結婚前検査を提案し、その有効性をめぐって住民のあいだで議論がおこなわれてきた。その中で地域の既婚女性は、結婚前検査の有効性に対して疑問を提起し、異なる方法でHIV感染の問題に対処することを提案するのである。

もうひとつの問題は、感染した者と感染していない者との共存に関わることである。エチオピアを含む多くの国で、多くのHIV不一致カップル（一方がHIVに感染しており、もう一方が感染していないカップル）が生活している。本稿では、これらのカップルが直面する問題について検討する。

これらの議論をとおして、本稿ではウイルスと共存する社会の可能性に関する考察を試みたい。そこでは第一に、感染という事態を個人の責任に帰することによって感染症の危険から逃れようとするのではなく、偶然におこってしまう感染症の問題を、人びとが積極的に引き受けようとするのが前提となる。その上で、互いの健康への配慮³⁾にもとづいてウイルスに感染した者と感染していない者との共存を促すような、社会的な取り組みが必要となる。

以下、本稿の第3章では、エチオピアを含むサハラ以南アフリカ諸国において、HIV検査の拡大が重要な課題として検討されるようになった背景について述べる。また第4章では、エチオピアのグラゲ県におけるHIV/AIDS問題の背景について述べる。続いて第5章で、同県の結婚前検査運動をめぐる住民間の議論について検討する。結婚前検査の運動が、既婚女性の抗議を背景に結婚後検査へと展開したこと、また結婚後

検査の拡大が、不一致カップルの問題を顕在化させたことを明らかにする。第6章では、結婚前検査の妥当性とHIV不一致カップルが抱える問題について、グラゲ県住民の経験を踏まえた考察をおこなう。そして第7章では、偶然によって引き起こされる感染の問題を、互いの健康への配慮のもとで引き受けてゆくような社会的な取り組みの可能性についての議論を試みたい。

なお本稿の第4章及び5章の記述は、主に筆者が2006年12月から2008年9月までの間に合計8週間にわたってエチオピアで実施したフィールド調査にもとづく。筆者はエチオピアの首都アジスアベバおよび同国の南部諸民族州グラゲ県において、資料収集および関係者へのインタビューをおこなった。訪問先には、グラゲ県保健局、同県エナモル・エナル郡保健局、ファナ協会、グラゲ自助開発協会、といった組織・機関が含まれる。このうち最初のふたつは、政府機関である。そのほかの組織のうちファナ協会は、グラゲ県内のHIV陽性者が組織する団体である。グラゲ自助開発協会は、アジスアベバで生活するグラゲ県の出身者が中心となって活動する住民組織であり、同県内の農村でさまざまな地域開発のプログラムを実施している（同協会の活動の経緯については西〔2009〕を参照）。加えて筆者は、アジスアベバおよびグラゲ県ウォルキテ市、同県エナモル・エナル郡においてHIV陽性者、長老、既婚女性等を含む地域住民にインタビューを実施した。

3. HIV/AIDS対策の「残された課題」

デ・コックらは、国際的なHIV/AIDS対策における「残された課題（unfinished business）」として、低所得国とりわけサハラ以南アフリカにおけるHIV検査の普及を挙げている〔De Cock et al. 2006〕。HIV/AIDSへの取り組みは一般に、新たな感染の予防（prevention）、感染した人への治療（treatment）、およびHIV/AIDSが社会に与える影響の緩和（mitigation）の三要素からなるとされる〔UNAIDS 2006；World Bank 2008〕。このうちHIV治療は、多岐にわたる薬剤の投与や免疫系の機能を測定する医療設備が必要であり、低所得国での治療にはさまざまな制

約がある。これに対して、多くの低所得国で実施されている簡易HIV検査は、安価な使い捨ての検査キットが使用され、特別な医療設備がない場所でも実施できる。一見すると、低所得国においては検査よりもHIV治療の実施のほうがよほど困難に思われるが、なぜ治療ではなくHIV検査が「残された課題」だというのだろうか。

低所得国におけるHIV治療の可能性に関しては、この10年ほどのあいだ激しい議論が交わされてきた。1990年代の半ばに効果的なHIV感染症治療が確立されると、HIV陽性者の余命を飛躍的に延長することが可能になった⁴⁾。高所得国においては、HIV陽性者における20歳からの平均余命は43年に達しているという報告もある〔Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration 2008〕。問題はHIV治療薬があまりに高価で、低所得国の陽性者の多くが、実質的に治療を受ける機会を奪われていたことである。しかし2000年以降、安価な薬剤を供給する国際的な体制の構築が進み、2005年頃から低所得国での治療アクセスは急速に改善されてきた⁵⁾。現在、エチオピアを含む多くの低所得国のHIV陽性者は、原則として無償でHIV治療を受けることができる。当初は、医療の専門家が少なく設備が貧弱な低所得国においては、HIV治療の効果が得られないだろうという意見もあったが、実際には南アフリカ共和国のように医療体制に制約があるところでも、HIV治療は効果的であると報告されている〔Keiser 2008〕。

HIV治療へのアクセスが改善されたことによって、あらためて低所得国における検査の重要性が認識されるようになった。HIV検査をおこなうことが重要なのは、つぎのふたつの理由による。ひとつはそれが、感染の広がりを予防する手段だからである。もうひとつは検査を受けることが、治療につながるからである〔WHO 2003: 3〕。つまり、みずからが陽性であることを知ること、他の人への感染を防ぐ手段を講じることができるし、みずからの治療を求めることができる。

HIV治療が普及しつつある低所得国において、検査の重要性をあらためて強調することには重要な意義がある。しかし問題は、どのような方

法で検査を普及させるかである。デ・コックは、広範なHIV感染が見られる地域においては、結婚前検査の実施が重要な予防手段となりうるであろうと述べている [De Cock 2006: 441]。しかし他方で、結婚前検査には厳しい批判もある。ユネスコが作成したHIV/AIDS問題に関するガイドラインによれば、結婚前検査を義務づけることは、予防手段として有効ではないばかりか「深刻な人権侵害である」[UNESCO 2006: 39]。WHOも、検査の強制は「逆効果」を招くとして、自発的な検査 (voluntary screening/ client-initiated screening) を強く推奨している。実際、サハラ以南アフリカ諸国を含む多くの国や地域で自発的検査センター (VTCs) の設置がすすめられている。

しかし公衆衛生の立場からは、感染の拡大を防ぎ、陽性者に適切な治療を実施するための手段として、ユニバーサル・スクリーニング (すべての人に検査の機会を提供すること) への要請が強い。ユニバーサル・スクリーニングは、検査を受けないという選択 (opt-out) が保障されているという点で検査の強制とは異なるが、医療機関等が積極的に検査を勧めるという点で、自発的検査とも異なる。HIV/AIDSを性感染症ととらえた場合、検査を勧めるべき人の範囲は、性行為をおこなう全ての人ということになる。一般には、性行為をおこなう人の割合が高いとされる世代が、ユニバーサル・スクリーニングの対象となりうる。例えば米国では、病院やクリニックを訪れた13-64歳の男女すべてに対して、積極的にHIV検査を勧めるべきだという議論がある⁶⁾。またWHOは、自発的検査を補完する手法として、医療機関が積極的に検査を勧める手法 (provider-initiated screening) が必要であることを認めている [WHO 2007]。これは検査を拡大する上で有効な手法と思われるが、エチオピアを含む低所得国においては、そもそも医療機関にアクセスできる人が限られているという問題がある。

加えてもうひとつ、高所得国と低所得国では重要な違いがある。HIVは性行為によらず感染する場合もあり、その代表的な例が母から子への感染である。妊産婦へのHIV検査は、同世代

間の性行為による感染を防ぐという目的では限られた効果しかないが、次の世代への感染を防ぐうえでは効果的である。米国では、ほぼすべての妊産婦に対してHIV検査を実施するというかたちで、ある種のユニバーサル・スクリーニングを実現している [Qaseem et al. 2009]。これに対して、低所得国のなかには、妊産婦の多くが保健医療サービスにアクセスしない国もある。例えばエチオピアにおいては、定期的な検診を受けている妊産婦の割合は12%にとどまる [WHO 2009]。

高所得国で検討あるいは実施されているユニバーサル・スクリーニングの手法は、医療機関へのアクセスが限られている低所得国でそのまま実施することが困難である。またサハラ以南アフリカ諸国は、他の地域と比べてHIV感染率が高く、かつ感染が一般人口に広がっている。デ・コックらは、こうした状況においては (自発的な検査に頼るのではなく) 検査を拡大するための「画期的な」アプローチが必要であると考えており [De Cock 2006: 442]、そのひとつが結婚前検査の実施であるというのである。

もし結婚前検査がほんとうに有効なHIV対策となり得るのなら、デ・コックらがいうような「強制ではなく、かつ負の社会的影響が少ないやり方で」[De Cock 2006: 441] 結婚前検査を推進する方法について検討する必要があるかも知れない。逆に結婚前検査が有効でないならば、ほかの方法を検討する必要があるだろう。そこで本稿の課題のひとつは、エチオピアのグラゲ県住民による結婚前検査運動の事例をもとに、その有効性を検討することとなる。しかし結婚前検査運動について検討する前に、次章ではグラゲ県におけるHIV/AIDS問題の背景について述べておきたい。

4. グラゲ県のHIV/AIDS問題

グラゲ県はエチオピア高地の一部をなし、県域の大部分が標高2,000メートルを超える山岳地である。同県の住民の多くはグラゲ語を母語とし、民族集団としてのグラゲを構成する人びとであるとされる。2007年現在の県人口はおおよそ128万人で⁷⁾、住民の多くは農耕を営んでいる。

同県はエチオピアでもっとも人口密度が高い地域のひとつであり、農地の細分化が深刻な問題となっている。加えて同県では、コーヒーのような換金作物の栽培もあまり盛んではない。このため同県の住民の多くは、農業だけでは十分な家計収入を得ること難しい。そこで彼らの中には、国内各地の都市に移住して商業を営む人たちが少なくない [Worku 2008]。とりわけ首都アジスアベバで生活するグラゲ県出身者は、44.8万人にのぼる⁸⁾。同県の農村で生まれた若い男性にとっては、10代の頃から親類などを頼って都市に移り住み、商業活動に従事して生活の基盤を築いたのちに、故郷の村の女性と結婚することが、ひとつの典型的なライフコースとなっている。移動を前提とした生活スタイルは、農業及び商業活動に立脚した彼らの生存基盤と密接に結びついている [Worku 2008]。

グラゲ県住民にとって HIV/AIDS 問題が深刻であるのは、農業とともに彼らの生計の根幹をなす移動労働（および移動を前提としたライフコース）が、同時にウイルスの感染経路を提供しているように思われるためである。公衆衛生の観点からは、人の移動は HIV/AIDS の感染拡大をもたらす重要なリスク要因のひとつであると考えられる⁹⁾。エチオピアの都市部における感染率は、2007年時点で7.7%と推定されており [MOH and HAPCO 2007]、これはグラゲ県の農村における感染率よりもずっと高い値である¹⁰⁾。都市と農村とを往復する人の移動は、農村に HIV 感染が拡大する原因のひとつとなっている。

この状況に対処するため、グラゲ県では HIV 治療の体制づくりが進んでいる。2008年9月までに、県内9ヶ所の医療施設で HIV 治療の提供

が可能になった。県保健局で HIV/AIDS 問題を担当するスタッフの説明では、抗レトロウイルス薬の供給はじゅうぶんに確保されており、治療が必要と認められる者は、誰もが治療を受けられる状況であるという。もっともファナ協会によれば、グラゲ県住民の中には自らの感染を知らず、HIV/AIDS への偏見を恐れて医療機関を訪れることができない者、あるいは薬剤への不信や誤解から治療を拒否する者も少なくない。また治療そのものが無料であったとしても、現金収入が十分に得られず病院までの交通費を確保できない者もいる。結果的に適切な治療やアドバイスを受けている者は、県内の陽性者の一部に留まっているというのが、陽性者団体の見解である。

またグラゲ県では、HIV 検査を拡大するためのさまざまな取り組みがおこなわれてきた。県内の郡保健局のスタッフは、日常的にマーケットを巡回して検査を呼びかけている。さらにアジスアベバで暮らすグラゲ県出身者が一斉に帰郷するマスカル祭¹¹⁾の前後の期間（9月下旬）には、多数の臨時検査センターを開設して、集中的に検査の呼びかけをおこなう。県政府のみならず、ファナ協会とグラゲ自助開発協会が協力して検査の呼びかけをおこなうこともある。以上は自発的な検査を促す取り組みであるが、これに加えて、地域社会の長老が主導するかたちで結婚前検査の取り組みがおこなわれてきた（この取り組みについては次章で詳述する）。結果として、グラゲ県内で検査を受ける住民の数は着実に増加してきた。特に2008年9月までの1年間には、県内で10万名近い住民が検査を受けている（表1）。

表1 グラゲ県で HIV 検査を受けた住民数の推移

年 度*	検査を受けた住民数			陽性であることが判明した者の数		
	男	女	計	男	女	計
2003/4	4,294	3,722	8,016	174	199	373
2004/5	5,949	5,018	10,967	206	224	430
2005/6	7,223	6,840	14,063	356	381	737
2006/7	19,185	18,695	37,880	471	614	1,085
2007/8	43,278	55,899	99,177	706	1,030	1,736

*各年度の数値は、それぞれの年の9月11日から翌年9月10日までに実施された検査の結果を反映している。

出典：グラゲ県保健局

5. グラゲ県における HIV/AIDS 問題への取り組み

5-1. 結婚前検査運動をめぐる議論

グラゲ県における取り組みがとりわけユニークであるのは、HIV 予防運動の推進に、伝統社会のリーダーが重要な役割を果たしていることである。同県の農村では、長老 (*shimagle*) と呼ばれる人びとを中心とする伝統的な社会秩序が、人びとの生活を規律するうえで重要な役割を果たしている。このことは婚姻についても言える。エチオピアの改正家族法¹²⁾では行政上の婚姻 (行政機関において婚姻登録をおこなうこと) に加えて、地域の慣習法による結婚、および宗教上の結婚が有効な婚姻と定められており¹³⁾。エチオピアの国民は、どの婚姻形態を選択しても構わない。しかしグラゲ県住民のあいだでは、婚姻関係は他の手続きではなく、慣習法の定めにもとづき、長老の承認によって成立するという考え方が広く支持されている。

ここで言う慣習法 (*qicha*) とは、地域の長老たちの合議によって保持される種々の規律のことである。長老は、必ずしも老人である必要はないが、通常は男性である。長老が取り扱う問題は、婚姻のほか土地や財産をめぐる紛争、殺人や傷害事件など、多岐にわたる。長老の資質は、慣習法に精通しており、かつ住民のあいだに起こる種々の問題を実際に調停できるだけの経験があることとされる。慣習法に関わる個々の問題は、村落レベルで開催される長老会議において処理される。これに対して重要な慣習法の改正や、新たな慣習法の制定のように、多くの地域住民の生活に影響する問題は、グラゲの有力な長老たちによって組織される評議会 (*yejoka*) において決定される。評議会は少なくとも19世紀頃から存在し、グラゲの慣習法による秩序を保持するための最高機関として機能してきた [Shack 1966 ; Bahru 2002]。

ほんらいグラゲの慣習法は、文字に書かれることがなく長老たちの記憶によって保持されてきたものであるが、グラゲ自助開発協会が1990年から重要な慣習法を取りまとめる取り組みを始め、その成果が1998年9月に『グラゲの慣習法』として出版された [GPSDO 1991EC]。グラ

ゲ自助開発協会は、アジスアベバで生活するグラゲ県の出身者が中心となって運営する住民組織であり、その活動の中心を担うのは、国家公務員や裕福な商人といった都市エリートたちである。つまり農村住民だけではなく、都市移住者も慣習法の権威を積極的に認めるところに、グラゲ社会の特徴がある。

このような社会的条件の下で展開されたのが、結婚前検査にもとづく HIV 予防運動である。筆者の聞き取りによれば、グラゲ県では2003年ごろから、結婚を承認する条件として結婚前検査を勧める長老が増えてきた。グラゲの人びとの間では、結婚のおよそ6ヶ月前に、両家のあいだで婚姻の約束が取り交わされたことを示す儀礼がおこなわれる。結婚しようとする男女は、この儀礼の直前、および結婚の直前の二回にわたり、親族に付き添われて保健所を訪れ、ふたり同時に HIV 検査を受ける。二回にわたって検査をおこなうのは、感染の有無を確実にチェックするためである。というのも HIV に感染してから数週間のあいだは、検査をしてもウイルスが検出されない期間 (*window period*) であるとされるからだ。数ヶ月の間を置いて検査を繰り返すことで、検査の「すり抜け」を防ぐことができる。こうした科学的な知見と伝統的な権威との結びつきもまた、グラゲ県における結婚前検査運動の特徴であるといえるだろう。

当初、結婚前検査を求めるかどうかは個々の長老の判断に委ねられていたが、2006年に実施された評議会では、結婚前検査をすべての長老、およびその権威に服する住民が遵守すべき慣習法とみなすことが確認された。仮にこの検査を拒否した場合、長老は両者の結婚を承認すべきでない。また検査の結果、どちらかが陽性と判明すれば婚約は破棄されることになる。結婚を希望する男女にとっては非常に厳しい条件であるが、グラゲの長老たちは、結婚前検査を課すことで、未婚者とりわけ都市で生活する若い男性が、「危険な」行動を自制することを期待したのである。

もちろんこのような検査には負の側面もある。陽性と判定された者は、感染の事実と、結婚が破棄されたという事実と同時に直面することに

なる。ファナ協会のスタッフによれば、結婚前検査で陽性と判定されたある若者は、その場で「死んだように」倒れ込んでしまい、親族に背負われて家に戻った。結婚式の準備をしていた彼の家族は、一転して「葬式のような」沈痛な気持ちに覆われたという。

しかし筆者が知る限り、若者が結婚前検査の実施に表立って抗議したケースはないようだ。検査を拒否したり抗議したりすれば、その人自身に「やましい」ところがあると見なされてしまうから、結婚を控えた男女が検査に疑問を差し挟むことは難しい。住民の中には、若者の中に結婚前検査を回避する動きが広がりつつあるのではないかと指摘する者もいる。「公式の」結婚前検査を受ける前に、ひとりでこっそりと検査を受けることで、予めみずからが感染していないかどうか確かめる者が増えてきたというのである。

若者たちが沈黙する中で、最初に結婚前検査への疑問を提起したのは、県内の既婚女性であった。既婚女性たちの見解を整理すると、次のとおりである。グラゲ県の男性は、結婚したあとも、家計を支えるため都市と農村とのあいだを頻繁に移動する。一年の大半を、家族と離れて過ごすも既婚男性も少なくない。先に述べたとおり、移動労働は家計を支えるための重要な手段である。もちろん既婚女性は、このことを良く知っている。しかし彼女らにとってみれば、離れて生活しているあいだの夫の行動を常に監視できるわけではない。女性のなかには、感染への不安を持ちながら、夫との関係を維持している例が少なくない。ファナ協会の女性スタッフは、HIV検査に関する既婚女性の相談にも応じており、感染の不安を訴える女性らに対して、夫とともに検査を受けるようアドバイスしている。アドバイスの内容は、例えば次のようなことである。もし夫が検査に応じない場合には、まずは夫との性関係を拒否した上で、夫婦そろって検査を受けるよう説得する必要がある。また、もし夫が関係を強要する場合には家を出て、親類宅に身を寄せながら、長老に調停を申し出るべきである。

長老たちも既婚女性の不安を認識しており、結

婚後検査の導入という方法でこれに応えようとしてきた。つまり結婚前だけではなく、結婚した男女にもHIV検査を推奨しようというのである。もっとも筆者が2007年9月に調査をおこなった段階では、家族を離れて生活している数名のグラゲ県出身の既婚男性に尋ねたところ、一様に結婚後検査の実効性には疑問がある、という答えであった。ある男性は筆者に対して、「結婚前検査と違って、結婚したあとには誰も検査を強制できない」と述べた。結婚前検査については、長老の求めに従わないと結婚そのものが承認されない。しかし結婚したあとには、検査を受けるかどうかの決定は夫婦に委ねられるはずだと、彼は理解していた。このような発言を聞く限り、自らすすんで検査を受ける既婚男性は、ほとんど現れないように思われた。

既婚男性からの反発にもかかわらず、2007年9月に出版された改訂版『グラゲの慣習法』[GPSDO 2000EC]には、結婚前検査とならんで結婚後検査を義務づける内容が盛り込まれていた。これはグラゲ社会の伝統的リーダーである長老たちと、アジスアババのグラゲ移住民社会のリーダーを自任するグラゲ自助開発協会とが、結婚後検査の実施で一致したことを意味する。慣習法の改正は、夫とともに検査を受けたいという既婚女性の要求を後押しする効果があったようである。筆者が2008年9月にインタビューをおこなったある男性は、1年ぶりに村に戻って家族と再会する前に、HIV検査を受けるつもりだと語った。「だって検査を受けて帰らないと、妻が怒って一緒に寝ないと言うんだ。検査を受けるしかないだろう？」と彼は言った。

5-2. 不一致を抱えたカップル

長老とファナ協会の一致した取り組みによって、グラゲ県では検査を受ける既婚者が増えてきた。これはもちろん、HIV予防と治療をすすめる上で望ましいことなのだが、同時に彼らが想定していなかった問題が明らかになった。次に挙げるのは、そのような事例のひとつである。

グラゲ県内に居住するある既婚の女性ジャミール（21歳、仮名）は、体調がすぐれなかったことからHIV感染を疑い、検査を受けたところ

感染が判明した。3歳になる子も感染していた。彼女は感染の事実を夫に告げた。夫もHIV検査を受けたところ、結果は陰性とされた。夫は一方的に離婚を宣言し、妻と子を家から追い出した¹⁴⁾。その後、彼女はファナ協会の紹介で政府の所得創出プログラムによる支援を受けて、不十分ながらも定期的な収入を得られるようになった。

この事例を筆者に語ってくれたファナ協会のスタッフによれば、ジャミーラは感染の心あたりがないと語っており、彼女がどのような経緯で感染したのかはわからない。他方で彼女の夫は、ふだんから町の盛り場に出入りする習慣があった。そこでは事実上、売春の斡旋がおこなわれている店も少なくない。ふたりの日常の行動に注目するならば、夫のほうに先に感染したとしても、決して不思議ではなかった。しかし偶然にも、感染したのは夫ではなかった。そして彼は、妻が感染したことを責めたのである。

結婚後のカップルのあいだで検査が普及すると、HIV不一致カップル、つまり一方がHIVに感染しておりもう一方が感染していないカップルの存在が明らかになる。グラゲ県内でどれほどの不一致カップルがあるのかを示す疫学調査は、筆者の知る限りおこなわれていない。一般に、サハラ以南アフリカ諸国においては結婚あるいは同棲しているカップルのうち3-20%がHIV不一致カップルだという報告がある [Bunell et al. 2005]。また、南アフリカ共和国のある農村で夫婦間の感染を調べた疫学調査の報告が参考になる [Lurie et al. 2003]。この村は、グラゲ県内の農村よりもずっとHIV感染率が高いという違いがあるものの、多くの男性が都市への移動労働に従事している点ではグラゲ県の状況に似ている。この調査で対象となった168組のカップルのうち21%が不一致カップルであり、双方とも感染していたケース(9%)よりも多かった。またこの村では、不一致カップルのおよそ70%で男性の側が感染していたが、他は女性の側が感染していた [Lurie et al. 2003]。

上記の南アフリカ共和国の農村や、エチオピアのグラゲ県のように、男性が移動労働に従事している地域では、夫が先に感染するケースが

想定されやすい。しかし実際には、不一致カップルの中には女性の側が感染しているケースも少なくない。グラゲ県エナモル・エナル郡保健局のスタッフによれば、同郡では近年、男性の移動が原因と見られる感染は減っている。しかし同時に、農村の女性のあいだで感染が広がる傾向も認められるため、従来の予防戦略を見直す必要があるそうだという。

グラゲ県におけるHIV/AIDSへの従来の取り組みは、男性の移動が問題であることを前提として、ウイルスが都市から農村へと「持ち込まれる」ことを防ごうとするものであった。しかし実際の感染経路は、農村内での感染を含む複雑なものになっており、夫婦のうち妻の側が先に感染する場合もある。したがって、単にウイルスを「持ち込ませない」ことを目的とした対策は、問題の一面しか捉えていないことになる。農村内での感染の広がりを前提として、不一致を抱えたカップルが彼らの置かれた状況にどう対処するのかという問題を考える必要があるだろう。

結婚後に感染が判明した女性ジャミーラの事例(上記)では、ジャミーラは実は夫と子どもと3人での生活続けることを希望し、夫と話し合いの機会を持ちたいと考えていた。しかし夫が、結婚を前提に他の女性と交際をはじめたことから、ジャミーラは離婚を決意せざるを得なかった。彼女は現在、ファナ協会のスタッフからのアドバイスにより、財産分与を求めて夫を裁判所に告訴することを検討している¹⁵⁾。

グラゲ県では、HIVに感染した者と感染していない者とが夫婦として生活することは困難だと考える者が少なくないし、上記の事例のように離婚が避けられない場合があることは事実である。ファナ協会のスタッフによれば、グラゲ県では結婚後検査で夫婦の一方の感染が判明した場合、他方が離婚を希望すれば、長老はそれを承認するのが通例である。しかし他方で、正確な数はわからないものの県内でHIV不一致カップルが離婚することなく生活をとめている事例は、決して少なくはないという。これは決してグラゲ県だけの傾向ではなく、アフリカ及び世界の他の地域でも、不一致を知りながら

共同生活を続けているカップルは少なくない [Bunnel et al. 2005]。

グラゲ県の人びとの経験が示すのは、検査の拡大によってすべての問題が解決するのではなく、むしろ当初は予想されなかった問題が提起されるのだということだろう。グラゲ県の住民によるHIVへの取り組みは、結婚前検査運動としてはじまったが、その有効性に疑問を抱いた既婚女性の抗議を受けて、結婚後の検査を求める運動へと展開した。そしてその結果、グラゲ県で暮らす人びとは不一致の問題、つまり社会の中でHIVに感染した者と感染していない者がともに（時には夫婦として）生活するという現実はどう向き合うかという問題に直面することになったのである。

6. 考察

HIV/AIDS問題に関するグラゲ県住民の経験を踏まえ、本章では結婚前検査の妥当性の問題と、HIV不一致カップルが抱える問題について、順に考察を加えてゆきたい。第3章で述べたように、サハラ以南アフリカ諸国における検査の普及は重要な課題である。デ・コックは、検査を拡大する手段として結婚前検査に期待した [De Cock 2006]。本稿の第5章で紹介したグラゲ県の事例でも、長老たちは結婚前検査によって都市から農村への感染拡大を効果的に予防できると期待した。ところが実際には、同県の既婚女性たちが主張したように、結婚前検査は予防手段としては有効ではなかった。未婚の若い男女だけが予防の責任を負うという前提に問題があったと言っても良いだろう。

HIV結婚前検査の前提には、禁欲と貞節という考え方がある。これは実は、過去のHIV予防の取り組みにおいて、しばしば強調されてきた考え方だった。サハラ以南アフリカ諸国においては、各国政府に加えて国連機関、国際援助機関、国際NGOなどがHIV/AIDS対策を実施してきたが、これらの取り組みにとりわけ影響力を持ったのは、ブッシュ大統領のもとで実施された米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR) であった。これは、2003年から2008年までの5年間に、世界のHIV/AIDS対策に150億米ドルを投

じるとする計画であった。PEPFARの予防戦略の柱はABCアプローチすなわち禁欲 (Abstain)、貞操 (Be faithful)、コンドーム (use Condoms) であったが、多くの場合、禁欲や貞操に重点をおいた対策が実施されてきた。またPEPFARは、予防対策に費やされる資金の3分の1を、禁欲と貞節を推進する目的で用いるよう求めてきた。これに対して2006年4月15日付の医学雑誌 *The Lancet* は「HIV予防政策を緊急に見直す必要がある」と題された論説を掲載し、PEPFARの予防政策が禁欲や貞操といったアプローチに偏っているために、十分な予防効果を上げていないと批判している¹⁶⁾。禁欲と貞節という道徳に従えば、性感染症に晒されることはないという考え方は、個人の行動規範としては完ぺきに正しいように思われる。しかし社会のすべての成員がその規範に従って行動することを前提にした対策が、実際に効果をあげることができるかどうかは別の問題である。

結婚前検査が有効ではないとすれば、他にどのような方法があるのだろうか。結婚前検査の妥当性を否定する見解は往々にして、「検査は自発的なものであるべきだ」という信念と結びついている [UNESCO 2006: 39]。しかし第3章で述べたように、予防と治療を確実にこなうためには、できるだけ多くのひとが検査を受けることが望ましい。逆に言えば、検査を受けないという選択を許すことには、少なくとも次のふたつの問題がある。第一に、もしその人がHIVに感染していた場合に、その人じしんが適切な治療を受ける機会を失うことになる。第二には、その人の性的なパートナー等を感染させないための、適切な手段を講じる機会も失うことになる。こういった場合に、検査を受けるかどうかの決断を本人の選択に委ねてしまうことは、どこまで正しいのだろうか。

ここでグラゲ県における結婚前検査運動が、既婚女性の働きかけによって結婚後の検査を求める運動に展開していったことを思い起こしたい。結婚後検査は、単に結婚前検査の延長のように見えるが、実際にはそうではない。結婚前検査が、未婚の男女だけに予防の責任を負わせるものであったのに対して、結婚後検査は、性行為

をおこなうすべての人が定期的に検査を受けるという、ユニバーサル・スクリーニングの理念に（同じではないとしても）近づいている。また結婚前のタイミングに限って検査をおこなうことは、感染した者を結婚制度から予め排除するという考え方と結びつきやすいが、性行為をおこなうパートナー同士が繰り返し検査をおこなうことは、互いの健康への配慮ということと関係しているように思われる。つまりHIV検査の文脈では、自己の決定にもとづく選択ということに対して、配慮ということが問題にされて良いように思われる。ここで配慮というのは、ふたつの意味がある。ひとつは、検査を受けようとする者への配慮である。もし彼が、みずから検査を受けないという決定をしたことで、治療を受ける機会を逃したとしたら、それは自己の責任において招いた結果だから仕方がないと、他の者は判断すべきだろうか。そうではなく、治療を受ける機会を得られるよう、検査を積極的に勧める配慮があって良いように思われる。もうひとつは、検査を受けようとする本人による配慮である。検査を受け、パートナーを感染させない配慮をする必要は、自己の選択だけに委ねられる問題ではない。

ここでの問題はもちろん、単に感染を予防することだけではなく、各々のカップルが検査の結果をどのように受け止めるかということにも及ぶ。結婚後検査の普及は、集団の中に多くのHIV不一致カップルがいることを明らかにするからである。前章で見たように、不一致カップルの離婚が避けられない場合もある。こうした場合は、生計の破綻といった負の影響をいかに緩和できるかが焦点となろう（前章で示した事例は、陽性者団体が適切な対応をおこなったものと評価できよう）。

他方で、不一致カップルが互いの健康に配慮しながら共同生活を続ける可能性にも目を向ける必要がある。ウガンダで24組の不一致カップルにインタビューをおこなったブンネルらの報告によれば、こうしたカップルの中には不一致の現実に対処しつつ、共同生活を続けている例が少なくない [Bunnel et al. 2005]。この報告によれば、感染のリスクを減らす確実な方法のひ

とつは禁欲することであり、実際にそのようにしているカップルもある。しかし必ずしも双方が禁欲に同意できるとは限らないことが問題である。またコンドームを使用して性関係を維持しているカップルもある。ブンネルらはコンドームの使用に加えて、HIV治療の重要性を強調している。治療を受けて体内のウイルス量を減らすことができれば、それだけで感染の可能性は大幅に減少するからである¹⁷⁾。加えて不一致カップルは、強い不安に晒される場合が少なくないことから、適切なカウンセリングを受けることや、パートナー間の対話が重要になる [Bunnel et al. 2005 ; Remien et al. 2003]。相互に意思の疎通ができていない不一致カップルほど、じぶんたちの置かれた状況に的確な対処をおこなっているというのが、ブンネルの見解である [Bunnel et al. 2005]。

7. まとめ

グラゲ県で生活する人びとのHIV/AIDSへの取り組みの経験から理解されることは、「個人の責任ある行動」によって社会から感染症を取り除く試みは、思ったほど容易ではなく、有効でもないということである。感染症を社会から排除しようとする取り組みではなく、感染症を引き起こすウイルスとの共存を前提とした取り組みを考える必要があるだろう。またこのような取り組みは、自己責任の倫理ではなく他の者への配慮にもとづいて実践されるものであり、ウイルスとともに生きる人びとを拒否するのではなく、不一致を受容することによって可能になる。このような視点から、前章で考察した問題を整理しなおすと、次のようなことが言えるだろう。

第一に、感染症予防の責任を個人の行動規範と結びつけて考えることの限界である。禁欲と貞節によって、性感染症から身を守ることができると思うことは、個人の行動規範としては正しいように思われる。しかし実際には、感染という事態には偶然の要素が大きい。ここにはふたつの偶然性が絡んでいる。ひとつはウイルスのふるまいに関する偶然性であり、もうひとつは人間のふるまいに関するものである。感染症を引き起こすウイルスは、感染が可能な全

ての機会に感染するわけではない。つまり HIV は、すべての性交渉で確実に感染するわけではない¹⁸⁾。また既婚のカップルが互いに貞節を保つという倫理がいかにも正しいものであったとしても、すべての既婚者の性行動を完全に監視するわけにはいかない。結果として、禁欲しなかった者が確実に感染するわけではないし、慎重にパートナーを選んだ者が絶対に感染しないというわけでもないのである。

個々の人が性行為をおこなった結果として、HIV への感染がおこることを私たちは知っている。しかし実際に、どのような場合に性行為が感染に結びつくかを問うならば、私たちはそれを偶然性の（確率の）問題としてしか捉えることができない。人から人への感染の連鎖の中に誰が加えられ、誰がそうではないかという問題は、偶然に左右されるところが大きい。こうした問題への責任を、禁欲や貞節といった道徳にもとづいて個人が引き受けることには限界がある¹⁹⁾。

次に、感染症予防を自己の選択の問題として理解することの危うさを指摘することができる。検査を受けるかどうかを個人の選択に任せることは、一見すると禁欲や貞節といった倫理観にもとづいて結婚前検査を義務づけるよりも、より「リベラル」な考え方であるように思えるかもしれない。しかし、必要なときに適切な HIV 治療を受けることができるかどうかは、その者の健康を大きく左右する問題である。このような場合に、みずから検査を受けないことを選んだ者は健康を損ねても構わないと考えることが正しいかどうかは疑問である。

感染症予防は、個々人の道徳的責任という枠組みによっても、自己決定の枠組みによっても解決できない問題を抱えているように思われる²⁰⁾。であれば、予防の自己責任化とは別の考え方、つまり偶然性をはらんだ感染という問題を、多数の人びとにおいて引き受けるような方法があるのではないか。例えばグラゲ県の既婚女性が提案した結婚後検査のように、生活とともにするカップルが定期的に検査を受けるという行為からは、自己決定にもとづく検査ではなく、互いの健康への配慮にもとづいた検査という考え方が見えてくる。

ただし検査をおこなう目的が、単に互いに「感染していない」ことを確認するだけであれば、それを配慮にもとづく検査というのは欺瞞であろう。問題は感染が明らかになった場合に、そのことをどう受け入れるかということである。ここでは特定の個人が感染しているか否かが問題なのではなく、ウイルスに感染した者とそうでない者との関係が問われている。これは、とりわけ HIV 不一致カップルにとっては切実な問題である。問題がみずからの感染を防ぐということであれば、自己責任という考え方もできようが、不一致という事態は、もはや「自己」の責任や「自己」の選択の問題ではない²¹⁾。もちろん不一致の現実直面したカップルは、あくまで感染した側の責任を問うこともできようし、共同生活の解消を選択することもできるだろう。しかし他方で、不一致を受け入れ、互いの健康に配慮しながら生活をとにもすることもできる。

不一致の問題は、単に性生活をとにもするカップルのあいだの問題としてとらえられるべきではなく、感染した者と感染していない者との共存という、より広い文脈の中で理解されるべき問題である。本稿で紹介したグラゲ県住民の取り組みは、より広い地域社会において感染した者と感染していない者との関係が問われている事例であろう。HIV/AIDS への取り組みにおいて、検査態勢の拡大が「残された課題」[De Cock 2006] であるとすれば、不一致の問題、あるいは感染した者と感染していない者との共存を促す倫理を確立するという問題もまた、残された重要な課題なのである。

註

- 1) 新型インフルエンザは、2009年7月までに130以上の国と地域に拡散した。WHO 報告 *Pandemic (H1N1) 2009—Update 58* [http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html] を参照。
- 2) 米国の陽性者においては、すでにエイズに関連しない死因が、エイズによる直接の死亡を凌駕している。エイズに直接関連した疾患（カポジ肉腫や原発性中枢神経リンパ腫）の発生は顕著に減少しており、他方で癌、肝臓疾患、心血管疾患といったエイズに関連しない疾患が、HIV

- 陽性者の死因の上位を占めるようになった [Crum-Cianflone et al. 2009]。
- 3) 配慮とは、ある人と他の人との関係性についての概念である。ショッターによれば、人は他者から顧みられていること、他の人びととともに社会に帰属していること、および他の人びとと道徳的な関係を結ぶことをとおして、価値ある人生を実現することができる [Shotter 1993: 197, 201]。したがって他の者に配慮することは、他の者が価値ある生を実現することを可能にするような関係性を築こうとすることだと考えることができる。斉藤は、「具体的な他者の生への配慮/感心をメディアとする持続的な関係性」を構築することの必要性について論じている [斉藤 2003: vi]。
 - 4) 現在の医療技術では、HIVに感染した人の体内からウイルスを完全に取り除くことはできないが、高活性抗レトロウイルス療法 (HAART) と呼ばれる手法によって、体内のウイルス量を効果的に抑え、エイズの発症を未然に防ぐことができる。
 - 5) HIV治療薬が高価であるのは、その製法が国際的な知的財産権によって保護されていることと関係している。知的財産権を有する国際製薬企業は、高い価格を維持して自社の利益を確保しようとしてきた。しかし2001年11月にドーハで開催された世界貿易機構 (WTO) 閣僚級会合では、「知的財産権の貿易関連の側面に関する協定 (TRIPS協定) は、加盟国が公衆の健康を保護するための措置を取ることを妨げない」ことが宣言された。このことで、途上国の製薬会社が安価なコピー薬を供給する道が開かれた [アフリカ日本協議会・三浦藍 2005]。また2002年1月には世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金) が設立され、各国政府や民間財団、企業など国際社会から調達した資金を、低所得国における HIV/AIDS 対策に提供するようになった。サハラ以南アフリカにおいて、HAARTを必要としている人たちのうち実際に治療を受けている人の割合 (アクセス率) は、2003年にはわずか2%に過ぎなかったが、2006年には21%、2007年にはおよそ30%にまで増加している [WHO 2008]。
 - 6) 米国疾病対策予防センター (CDC) のガイドラインは、同国内の医療機関において、年齢が13-64歳のすべての患者に HIV/AIDS 検査を実施することを推奨している [Centers for Disease Control and Prevention 2006: 7]。
 - 7) エチオピア中央統計局 (Central Statistical Agency) が2007年に実施したセンサス (Population and Housing Survey) の速報値による。なお同速報値は中央統計局のウェブページにて閲覧することができる [http://www.csa.gov.et/pdf/Cen2007_firstdraft.pdf]。
 - 8) 前述の2007年センサス速報値による。
 - 9) 「世界のあらゆるところで、移住者は非移住者よりも HIV 感染の高いリスクに晒されている [Coffee et al. 2007: 343]。南アフリカ共和国は世界で最も感染率の高い地域のひとつであるが、これは同国における移動労働者の多さと関係しているかもしれない [Coffee et al. 2007]。
 - 10) エチオピアの農村における成人感染率は0.9%と推定されている [MOH and HAPCO 2007]。グラゲ県における成人の HIV 感染率を直接示すデータは見あたらないが、県保健局によれば、2008年9月までの1年間に県内で HIV 検査を受けた住民のうち1.8%が陽性であった。ただし検査を受けた集団の陽性率は、住民全体の感染率よりも高くなる傾向にあることに注意する必要がある。
 - 11) マスカル祭は、キリストの死後に行方不明となっていた聖十字架 (キリストの磔刑にもちいられた十字架) が再び発見されたという説話にもとづいた祝祭である。グラゲ県では9月26日がマスカル祭日とされ、その前後の数日間、アジスアベバで生活する県出身者が一斉に帰郷する習慣がある。またマスカル祭を控えた日曜日には、集中的に結婚式がおこなわれる。なおマスカル祭に帰郷するのは、基本的にはキリスト教徒 (エチオピア正教徒) であり、同じグラゲ県出身者でもイスラム教徒は、犠牲祭 (イード・アル・アドハー) にあわせて帰郷するのがふつうである。
 - 12) Federal democratic Republic of Ethiopia, "The Revised Family Code", *Federal Negarit Gazette*, Extra Ordinary Issue No. 1/ 2000, Proclamation No. 213/ 2000.
 - 13) 改正家族法第1条を参照。
 - 14) ただしエチオピアの改正家族法においても、グラゲの慣習法においても、離婚には所定の手続きが必要であり、この事例のように夫が一方的に離婚を宣言しても、法的には無効である。改正家族法によれば、夫婦の一方ないしは双方が裁判所に離婚を申し立てねばならない (第81条)。またグラゲの慣習法のもとでは、長老の仲裁のもとで離婚の協議をおこなわねばならない。

- 15) エチオピアの改正家族法は、離婚の際に財産分与を行うことを定めている（第86条、90条）。この事例の場合、ジャミーラの側が離婚を前提に財産分与を求めて告訴すれば、裁判所は離婚を承認した上で財産分与を命じる可能性が高い。
- 16) “HIV prevention policy needs an urgent cure,” Editorial, *The Lancet* 367: 1213.
- 17) HIV治療の結果、ウイルス量が既存の検査法では検出できないほど少ない陽性者の場合、コンドームを使用しないで繰り返し性行為をおこなっても、感染の可能性は無視できるほど低いと考える研究者もいる [Vernazza et al. 2008]。
- 18) 男女間の1回の性交渉でHIVの感染がおこる確率は、1000分の1前後であるとされる [Smith et al. 2005]。ただし血中のウイルス量等の条件によって、感染するリスクがさらに高くなる場合もある [Powers et al. 2008]。
- 19) 哲学者のネーゲルによれば、行為主体が結果に対して負う責任は、私たちが考えているほど自明ではない。一見すると行為とその結果とのあいだに明確な関連がありそうな出来事についても、実際にはさまざまな「運」（偶然性）が介在しているのである [ネーゲル1989：46-48]。別の言い方をすれば、私たちの行為はこの世界でおこる一連の出来事の連鎖のなかに埋め込まれており、私たちは自らの行為が招く結果の一部しか統制することができない。にもかかわらず私たちが行為主体であろうとするとときに、私たちは道徳的な評価を（出来事への責任を）押しつけられてしまうのである [ネーゲル1989：58-61]。
- 20) 檜垣によれば、医療、治癒、生存率といった問題は、自然を相手にした「賭け」あるいは偶然性の要素を本質的に含んでいる [檜垣 2008：137-139]。こうした試みにおいて自己責任を至上命題とすることは、引き受けることが困難な倫理を個々の主体に押しつけ、人びとを無限に疲弊させてしまうことにつながる [檜垣 2008：145-147]。
- 21) 他者との関係を含む問題を、単に自己決定の問題として扱うべきではない。本稿の議論とやや文脈は異なるが、立岩は胎児の出産前診断や選択的妊娠中絶に関する従来の議論を批判し、これらはほんらい「他者に向かう態度の問題」であるのに、あたかも「自己決定の問題」であるかのように語られていると述べている [立岩 2000：35]。

引用文献

- アフリカ日本協議会・三浦藍 2005『貧しい国々でのエイズ治療実現へのあゆみ：アフリカ諸国でのPLWHAの当事者運動、エイズ治療薬の特許権をめぐる国際的な論争』（第2部、第3部）〈分配と支援の未来〉刊行委員会。
- 斉藤純一 2003『親密圏のポリティクス』ナカニシヤ出版。
- 立岩真也 2000『弱くある自由へ』青土社。
- 西 真如 2009『現代アフリカの公共性：エチオピア社会にみるコミュニティ・開発・政治実践』昭和堂。
- ネーゲル、トマス 1989『コウモリであるとはどのようなことか』勁草書房。
- 檜垣立哉 2008『賭博／偶然の哲学』河出書房新社。
- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. 2008. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet* 372 (9635): 293-299.
- Bahru Zewde. 2002. Systems of local governance among the Gurage: the yejoka qicha and the gordanasera. In *Ethiopia: the challenge of democracy from below*, eds. Bahru Zewde and Siegfried Pausewang, 17-28. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Bunnell, R. E., J. Nassozi, E. Marum, J. Mubangizi, S. Malamba, B. Dillon, J. Kalule, J. Bahizi, N. Musoke and J. H. Mermin. 2005. Living with discordance: knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *AIDS Care* 17 (8): 999-1012.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2006. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 55 (RR-14): 1-17.
- Coffee, Megan, Mark N. Lurie and Geoff P. Garnett. 2007. Modeling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS* 21 (3): 343-350.
- Crum-Cianflone, Nancy, Katherine Huppler Hullsiek, Vincent Marconi, Amy Weintrob, Anuradha Ganesan, Vincent Barthel, Susan Fraser, Brian K. Agan and Scott Wegner. 2009. Trends in the incidence of cancers among HIV-infected persons and the impact of antiretroviral therapy: a 20-year cohort study. *AIDS* 23 (1): 41-50.

- De Cock, Kevin M., Rebecca Bunnell and Jonathan Mermin. 2006. Unfinished business: expanding HIV testing in developing countries. *The New England Journal of Medicine* 354 (5): 440–442.
- GPSDO. 1991EC. 'A gurage qicha (The Gurage customary law). Addis Abeba: Nigid Matemiyā Dirijit.
- GPSDO. 2000EC. *Qicha, yegurage bahlawi hig, teshashlo yewetta* (Revised edition of the Gurage customary law). Addis Abeba: Nigid Matemiyā Dirijit.
- Keiser, Olivia, Catherine Orrell, Matthias Egger, Robin Wood, Martin W. G. Brinkhof, Hansjakob Furrer, Gilles van Cutsem, Bruno Ledergerber and Andrew Boule. 2008. Public-health and individual approaches to antiretroviral therapy: township South Africa and Switzerland compared. *PLoS Medicine* 5 (7): 1102–1111.
- Lurie, Mark N., Brian G. Williams, Khangelani Zuma, David Mkaya-Mwamburi, Geoff P. Garnett, Michael D. Sweat, Joel Gittelsohn, and Salim S. Abdool Karim. 2003. Who infects whom? HIV–1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS* 17 (15): 2245–52.
- MOH and HAPCO. 2007. *Single point HIV prevalence estimate*. Addis Abeba: Federal Ministry of Health and National HIV/AIDS Prevention and Control Office.
- Qaseem, Amir, Vincenza Snow, Paul Shekelle, Robert Hopkins Jr. and Douglas K. Owens. 2009. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Annals of Internal Medicine* 150 (2): 125–131.
- Powers, K. A., C. Poole, A. E. Pettifor, and M. S. Cohen. 2008. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV–1: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases* 8 (9): 553–563.
- Remien, R. H., G. Wagner, C. Dolezal, and A. Carballo-Diequez. 2003. Levels and correlates of psychological distress in male couples of mixed HIV status. *AIDS Care* 15 (4): 525–538.
- Shack, William A. 1966. *The Gurage: a people of the ensete culture*. London: Oxford University Press.
- Shotter, John. 1993. *Cultural Politics of Everyday Life*. Toronto: University of Toronto Press.
- Smith, Robert J., Erin N. Bodine, David P. Wilson, and Sally M. Blower. 2005. Evaluating the potential impact of vaginal microbicides to reduce the risk of acquiring HIV in female sex workers. *AIDS* 19 (4): 413–21.
- Topouzis, Daphne. 2003. *Addressing the impact of HIV/AIDS on ministries of agriculture: focus on eastern and southern Africa* (A joint FAO/UNAIDS publication). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- UNAIDS. 2006. *UNAIDS action plan on intensifying HIV prevention, 2006–2007*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS and WHO. 2007. *AIDS epidemic update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- UNESCO. 2006. *UNESCO guidelines on language and content in HIV- and AIDS-related materials*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi and Markus Flepp. 2008. Les personnes seropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. (HIV-positive individuals without additional sexually transmitted diseases and on effective anti-retroviral therapy are sexually non-infectious) *Bulletin des medecins suisses* 89 (5): 165–169.
- WHO. 2003. *Increasing access to HIV testing and counselling: report of a WHO consultation, 19–21 November 2002, Geneva, Switzerland*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2007. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2008. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – progress report 2008*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2009. *World health statistics*. Geneva: World Health Organization.
- Worku Nida. 2008. *The impact of urban migration on village life: the Gurage case*, Social Anthropology Dissertation Series No. 8. Addis Abeba: Department of Sociology and Social Anthropology, Addis Abeba University.
- World Bank. 2008. *The World Bank's commitment to*

HIV/AIDS in Africa: our agenda for action,
2007–2011. Washington DC: the World Bank.