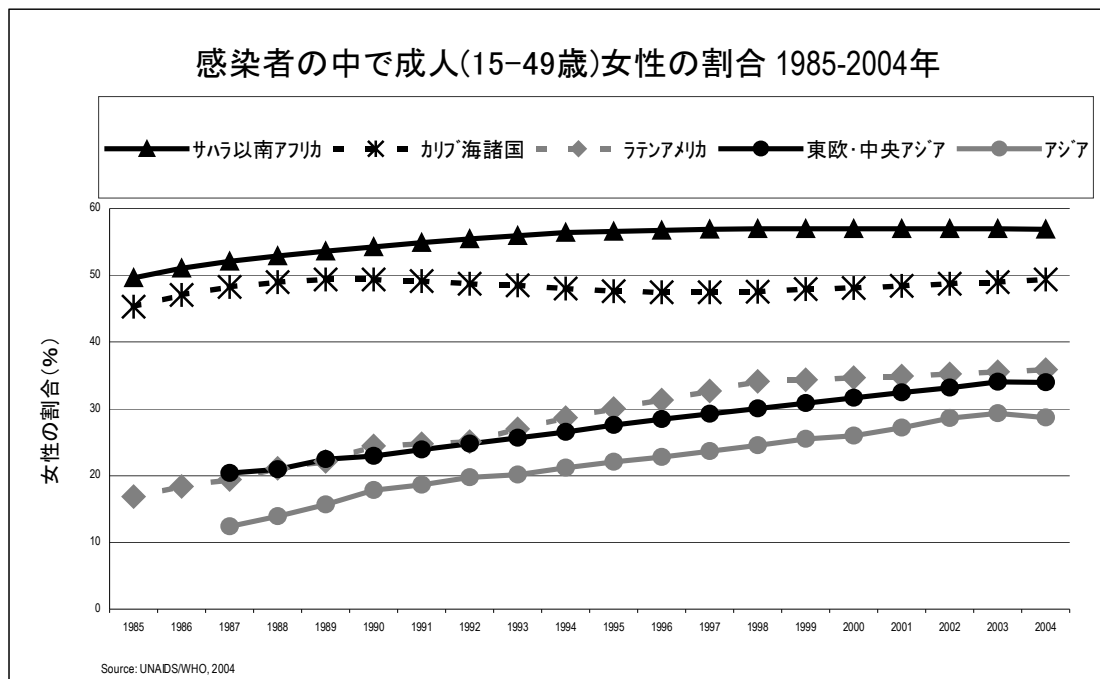


女性と AIDS (エイズ)

はじめに

AIDS (エイズ) 問題は少女から大人まで女性の感染増加という形で影響を与え続けている。世界的に見た場合、HIV とともに生きる人々 (HIV 感染者) のまさに半分近くが女性である。多くの地域において、HIV に感染する人々の中で増加を続けているのが少女から大人までの年代を問わない女性たちである。図2をみてわかるように、特に東ヨーロッパ、アジア、ラテンアメリカで増え続けている。

図2



AIDS (エイズ) は、サハラ以南のアフリカとカリブ諸国におけるケースのように異性間のセックスが HIV 感染の主流を占める地域では女性に最も深刻な影響が及んでいる。サハラ以南の成人感染者のおよそ 57% は少女から大人までの女性たちで占められている (19~30 ページを参照)。全体的に見て HIV に感染した女性全体の 4 分の 3 がこの地域に住んでいる。最新の家族単位の人口基礎調査によれば、この地域の成人女性は同じ地域の男性に比べ感染割合が 1.3 倍であると推定される (2004 年 UNAIDS)。この不均衡は、

15-24 歳の若い女性で際立っており、この年代の女性たちは同じ年代の男性に比べおよそ 3 倍以上も感染しているものと推定される。

この実態は詳細に見てみるとより不安な要素を持ち、深刻である。例えば、**南ア共和国**、**ザンビア**、**ジンバブエ**などでは、若い女性 (年齢 15-24 歳) は同年代の男性に比べ 3~6 倍も感染しているものと見られる (ザンビア中央統計局、2003 ; ジンバブエ青年調査)。これらの国では HIV と共に生きる若者の 4

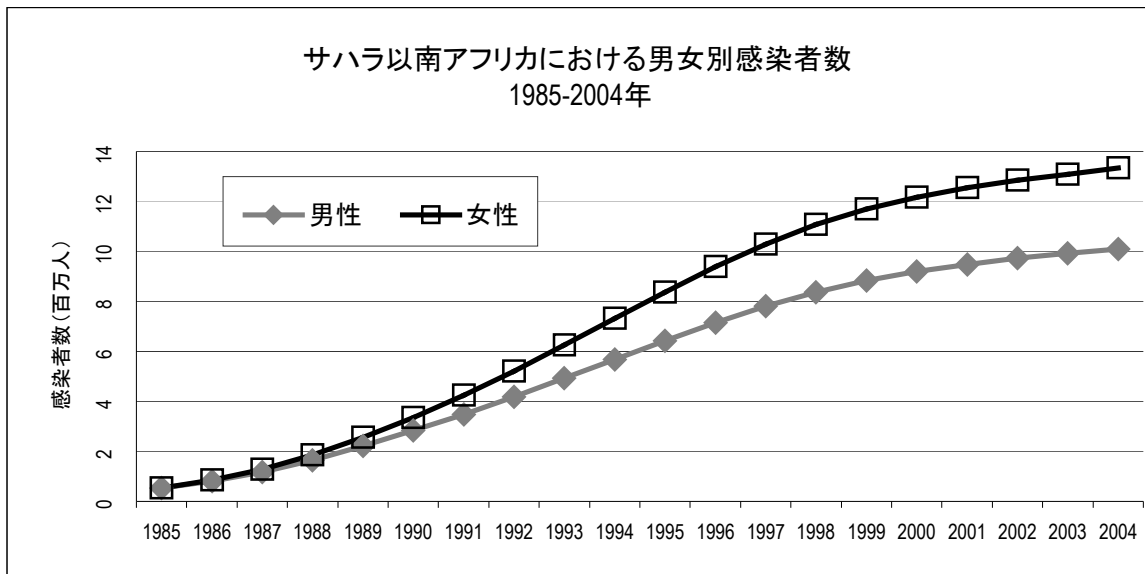


図3

分の3以上は女性だとされている (WHO アフリカ地域事務所, 2003 ; リプロダクティブヘルス研究班&医療研究審議委員会, 2004)。カリブ諸国では42万人 (260,000-740,000人)の成人感染者の約半数近くを女性が占め、この地域では15-24歳の若い女性は同年代の若い男性のおよそ2倍感染しているのではないかと推定される。(UNAIDS, UNIFEM, UNFPA, 2004年) (31-35ページを参照)。

世界の他の地域では、HIV感染の多くは、汚染された注射器を使っての薬物の回し打ちや予防をしない男性同士の性行為、安全でない売買春などで起こっている。とは言っても、その感染拡大が特定のグループに閉じ込めておけると考えるのは幻想である。IDU (注射器による薬物使用者)の多くは年齢的にも若く、性行動も活発な者が多く、二重のウイルス感染リスクにさらされている。また、いくつかの国、特にアジアや東ヨーロッパでは、非常に多くのセックスワーカーは薬物注射も行っている。セックスワーカーの客のほとんどは、妻や決まったガールフレンドなど、他の性的なパートナーを持っている。また、どの地域でも、MSM (男性とセックスする男性)のかなりの割合が女性ともセックスしている。エイズ流行拡大のいかなる局面も特殊だったり私たちの生活からかけ離れたものではない。エイズの流行拡大が確実なものになるに従い、ますます多くの女性が感染するようになっている。

MSM (男性とセックスする男性)、そしてIDU (注射器による薬物使用者)を中心としたグループに感染が広がっていたラテン・アメリカだが、今や170万のHIVに感染した成人 (130万~220万人)の36%を女性が占めるまでになっている (57-61ページを参照)。東ヨーロッパや中央アジアのさらに多くの女性たちが薬物注射に際して汚染した器具を使うことによってウイルスにさらされ、さらに汚染した注射器で注射したりセックスワーカーの客となっている男性パートナーからうつされたりするため、全体的に見て女性感染者の割合はジリジリと増え続けている (47-56ページ参照)。そこでは女性感染者の割合は34%を占めるが、2年前は33%であった。地域で最大の感染拡大が起こっているロシアでは、HIVと診断された人の中で女性の占める割合が2001年に24%だったのに対し、2003年には38%まで上昇してしまった (ロシア連邦AIDSセンター、2004年)。

東ヨーロッパとアジアの一部ではセックスワーカーおよび薬物使用者といった特定グループ内、または特定グループ間でエイズの流行が拡大した。その後一般的に“普通の人々”と呼ばれる人々の中へ浸透し、女性や少女に対する影響を与えるという形でエイズの流行が次第に大きくなっている。東アジアでは成人HIV感染者全体の22%、HIVに感染した若者 (年齢15-24歳)の28%を女性が占めている。南アジア及び東南アジアでは成人感

広く存在する HIV とセックスについての無知

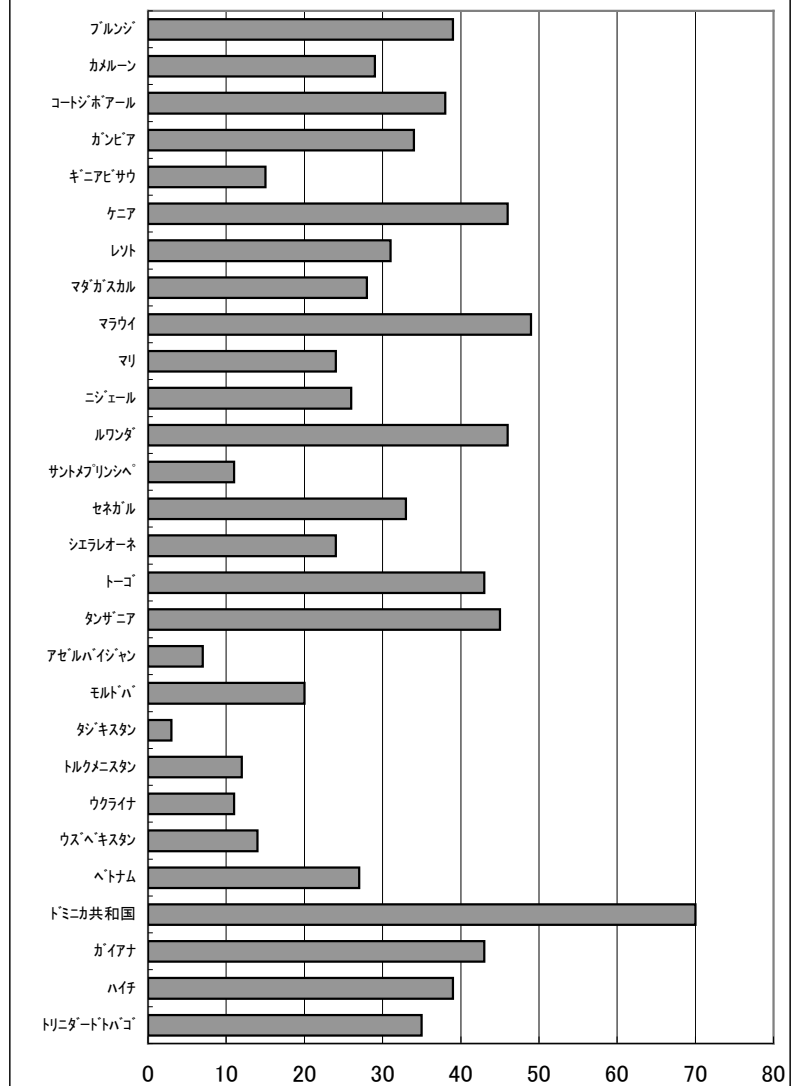
社会規範は少女や若い女性に危険な無知の状態を強制し、彼女らはセックスと性欲・性指向（セクシャリティ）についてほとんど知らないでいて欲しいと思われている。知識の欠如は彼女らの HIV 感染のリスクを大きくする。図4は、多くの国の若い女性の多くが HIV 感染症に対して自分の身を守る方法を知らないことを示している。**カメルーン、レソト、マリ、セネガル、そしてベトナム**などの国々では、若い女性（年齢15-24歳）の3分の2以上が HIV 予防の3つの方法を知らなかった。**モルドバ、ウクライナ、ウズベキスタン**では80%以上の若い女性が同様の知識を欠いていた。また、全般にセックスに関する知識程度も驚くほど低い。例えば、**インド**のウッタープラデッシュにおける農業地帯の既婚女性に関する最近の研究では、夫と同居し始めた時点で、71%の女性（全員が思春期前に結婚していた）がセックスはどのようにするのかを知らず、83%はどうしたら女性が妊娠できるのかを知らなかったことがわかった(Khan 他、2004年)。

感染者の30%（2年前の28%から増加した）、そして若年層感染者の40%は女性と少女たちである。インドにおいては新規感染者の4分の1以上を女性が占めると推定される。また産科診療所で HIV 陽性と診断された女性の90%が貞節を守っており、しかも相手とは長期の関係を持っているという(Cohen,2004年)。**カンボジア、ミャンマー、タイ**（およびインドの特定地域）等では配偶者間の HIV 感染が顕著な感染経路となっている。これらの国々は深刻な流行拡大と闘ってきた。12年前、タイの HIV 感染の90%はセックスワーカーとその客の間で起こっていた。2002年までに起こった顕著な変化は、新規感染のおよそ半分は配偶者間であり、現役もしくは以前の買春客がその妻たちに HIV を感染させたものと考えられる。（タイ HIV/AIDS プロジェクト、2001年）。

世界各地の様々な状況を見ると、女性への深刻な感染拡大はジェンダー（社会的な性別役割分担の既成概念）、生い立ちにかかわる階級やその他の不平等などの問題に起因している。西ヨーロッパや北アメリカなどの工業化が進んだ国々も同様な問題を抱えている。これらの国々では HIV 感染者のおよそ4分の1は女性である。社会から取り残された人口集団に属する女性たちの間に徐々に HIV は定着しつつある。これらにはマイノリティ（少数グループ）、移民、避難民などが含まれる（69-73 ページ参照）。例えば、アフリカ系アメリカ人女性やヒスパニック系女

性の人口は、**アメリカ合衆国**に住む女性全体の人口の4分の1以下であるが、今世紀に至っては女性のエイズケースの報告の80%はこれらの人々で占められている（アメリカ疾病予防センター（CDC）、2002年）。

3つのHIV感染予防法(*)を知っている 図4
若年女性(15-24歳)の割合、1999-2002年



* 1) 挿入なしのセックス、2) コンドーム使用、3) 一人の貞節を守る陰性パートナーとだけセックスする。出典：MEASURE; UNICEF

不平等、性的役割分担（ジェンダー）と HIV

さまざまな地域における HIV 予防の努力は、人々の行動を形成し人々の選択を制限する性的役割とその他もろもろの不平等を考慮に入っていない。多くの HIV 予防戦略は、誰もが自由・平等で、選択する権利を与えられており、セックスをしないか、自分のパートナーに貞節であるか、常にコンドームを使うかの選択ができる、といった理想化された世界を想定して策定されている。実際のところどうかといえば、女性と少女達は男性と少年達がさらされることのない、HIV に関するさまざまな危険因子に直面し、かつ無防備である。——それら因子の多くは彼女たちが暮らす社会における人間関係や経済的現実の中に深く留まっている。これらの要素は、簡単には取り払ったり変えることはできないが、こうした現実を変えない限り、エイズの流行拡大を抑制したり後退させる努力が持続的な成功を遂げることは不可能だろう。

「贈り物」によって象徴される多くのパートナー関係は、多くの貧しい女性にとって、生き残るための鍵となる方策であろう。貧困に押し流されて、より良い生活を渴望して、多くの女性・少女たちは、物やサービス、お金、住居、またはその他の基本的必需品と引き換えに自

分たちの性を商品として使うことになる——往々にして年配の男性に対してそうする (Halperin and Eostein, 2004)。こうした「代償としてのセックス」は、しばしば複数の、そして年配の男性を相手とした結婚によらない性関係を含んでいる。これは男性の経済的地位が高いこと、男性のほうが資源へのアクセスが容易なこと、女性は基本的なニーズを満たすことさえ困難なこと、男性が多数の性的パートナーを持つことを認める文化的価値などを反映している (Jewkes and Wood, 2001)。

世界で最悪の HIV の打撃を受けた地域であるアフリカ南部の明らかな特徴の一つは、社会的経済的不平等である。それは単に金持ちと貧乏人との間の不平等ばかりか、貧乏人の間にも不平等があるという事実である。HIV 感染拡大と社会経済的指標の関係は極めて複雑である。社会的不平等は、広範な窮迫および移住労働者システムによって生じた社会的なひずみの上に積み上げられている。そして急速に成長する商業主義文化と相まって、アフリカ南部における搾取的代償的な「サバイバル」のための異なる年齢間のセックスが横行する肥沃な土壤を提供している (アフリカ南部における女性とエイズに関する国連事務総長特別委員会、2004 年)。移住労働者システムは、女性による市場での物

死が二人を分かたずまで

結婚まではセックスを慎むようにと少女を説得することに焦点を当てたプログラムは、多くの女性にとってはほとんど助けにならない。場所によっては、女性の主な HIV 感染リスク要因は、過去現在にわたって妻以外のセックスの相手を持つ夫に忠実であるという事実にあるからである。キスム (ケニア) 及びヌドラ (ザンビア) 都市部における 15-19 歳の性的に活発な少女を対象に行われた調査は、既婚者の HIV 感染率が性的に活発な未婚者より 10% も高かったことを報告している (Glynn 他, 2001 年)。ウガンダ農村部においては、HIV に感染した 15-19 歳の女性中 88% が既婚者だった (Kelly 他, 2003 年)。これはつまり、若い女性、特に 10 代、が自分より著しく年長の男性と結婚することがよくあり、この男性たちは妻以外のパートナーを持っている (また、持っていた) ことが多く、それゆえに HIV 感染リスクが高いためである。

夫婦関係の力のバランスが男性に偏っているという事実が、間接的に生か死かを定めることになる。女性や少女はパートナーの男たちが自分以外の相手がいることがわかっていたり、彼が HIV に感染しているに違いないと疑っている場合でさえ、セックスをやめて欲しい、またはコンドームを使って欲しいと主張するだけの力がない。例えばザンビアの研究では、自分たちが夫にコンドームを使うよう頼む権利があると信じていた女性はわずか 11% だけだった——たとえ、夫が裏切っているのが明らかであり、かつ HIV 陽性であっても——。インドのムンバイでは、多くの女性は、自分でもリスクがあると感じている長期間の関係を離れることの経済的損失の方が、夫婦関係に留まることによる健康被害より重大であると感じていた (Gupta, 2002 年)。南ア共和国・ソウエトにおける産科診療所に通う女性を対象とした最近の研究で、明らかに女性より男性が力と支配力を振るうような夫婦関係ではより多くの女性が HIV 陽性である傾向があることがわかった (Dunkle 他, 2004 年)。結婚生活における HIV 感染を予防することには特別な注意が払われなければならない。世界中の女性が性的関係の条件を決めるためのより大きな力と技術を必要としている。そして、同時に彼女たちの男性パートナーの HIV 感染リスクも減らさなければならない (Stephenson and Obasi, 2004 年)。

売り等や他の商売が発達しているアフリカ大陸の他の地域に比べ、男性パートナーへの女性の経済的依存性を大きなものへと変化させた。この地域では、低学歴の女性にとって収入を得る機会は特に少なく、女性労働者が多くを占める工業部門（衣類製造業など）は、関税と補助金の変化に関連する雇用喪失により大打撃を受けた。このことが女性の経済的地位をさらに弱いものにし、男女間の不平等を一層悪化させ、ともすれば女性の HIV 感染リスクを高めることになった(Hunter, 2002 年)。

セックスが果たす様々な社会的機能を認めることも重要である。セックスは、信頼を探求し表現するニーズ、地位・自尊心の探求、孤独からの逃避のための努力、退屈を慰めるための努力と密接にからまっている。例えば、南ア共和国での研究では、広範囲の窮迫と高い失業率(同時に手頃なレクリエーションの欠如)の中で、性的な関係は、自尊心を高め、友愛を強め、また退屈を解消する機会をしばしば提供していることが示されている(Jewkes, Vundule and Maforah, 2001 年)。これらを追求することで

エイズを抑え込もうとするならば、女性と少女の感染率を低下させることが不可欠である。今行われているプログラムはこれを実現していない。

多くの女性は危険にさらされる。彼女たちが消耗させられるからだ。それは HIV が定着している地域だけではなく、性別による不平等が明白な環境においてもそうである。また、男性が優位に立っている場合および社会規範と法制度が男性の優位性を支持している場合においてそうである。

情報と認識だけでは十分ではない。予防努力が長期的に成功をおさめるためには、性別役割的・社会経済的不平等と HIV に対する脆弱性との相互作用について取り組む必要がある。予防活動は、女性が日常生活において経験している不平等な状況を、考慮しなければならない。また、多くの人々にとって、セックスはその人の自由になる数少ない商品価値のある安定した財産の一つだという事実について取り組む必要がある(Stephenson and Obasi, 2004 年; Cates, 2004 年)。少女や女性たちによる多くの性的リスク負担は、不平等な性別役割関係および資源・資産・所得獲得機会・社会的権威へのアクセスの不均衡によって特徴づけられる。彼女た

ち、特に女性が世帯主である家庭の女性たちのために、持続可能な暮らしを保証するためには非常に多くのことがなされなければならない。そうすることで、彼女たちは自分を HIV 感染から守ることができ、その影響に対処できるようになる。女性の経済的・社会的地位を向上させることが、持続可能なエイズ戦略の重要な部分であると考えられるべきである。

年齢差に注意

若い女性と年齢差の大きい男性とのセックスはアジア、カリブ諸島、サハラ以南のアフリカなど多くの国々ではよくあることである。例えば、アジアでは(見合い)結婚でよくある。アフリカ諸国ではこの現象はより普及していて、相互利益のために結びつき、家の威信を守るため、あるいは経済的必要性のために行われる。異なる世代間のセックスや代償としてのセックスはしばしば交錯する。例えば、アフリカのいくつかの地域における研究では、しばしば年配の男性が少女の家族の学校の授業料、交通費、食料雑貨類などの生活に必要な経費を援助して

いることがわかった (Buve, Bishikwabo-Nzarhaza & Mutan-adura, 2002 年; Hallman, 2004 年; Luke and Kurz, 2002 年)。それでもやはり、隠された高い代償を払う可能性がある。20 代後半と 30 代の男性は、HIV 陽性である可能性が高い。依存関係が従属的男女関係に組み込まれている場合は、自分を HIV 感染から守る女性の能力を制限してしまう。特に若い女性が「純潔」であると思われている場合には、男性がコンドームを使わないことをよしとする傾向がある (Gregso 他 2002 年; Preston-Whyte 他, 2002 年)。加えて、予防をしない陰性交における感染リスクは男性より女性により大きく、子宮頸部が十分強く発達していない少女にとってのリスクは最も大きい。

例えば、アフリカ南部では女性や少女達がセックスをするようになってほどなく HIV に感染している。ザンビアにおける研究によれば、HIV 検査をする 1 年前まで処女であったという女性の 18% が HIV 陽性であることがわかった、一方、南ア共和国では、性的に活発な 16-18

歳の少女の21%がHIV陽性であるとわかった。パートナー同士の年齢差が、若い女性の感染する可能性に影響を与えているという証拠もある(Kelly 他, 2003年)。ジンバブエ農村部における10代の少女(15-19歳)のHIV陽性率は最近の相手が5歳未満の年上だった場合は約16%だったが、10歳以上年上の場合、陽性率はほぼ2倍であった(Kelly 他, 2003年)。ケニアのキスムでは、夫が3歳以下の年上だった場

女性たちがHIVの情報を得たりHIV検査を受けたり、治療を試みるのを妨げている。それは彼女たちが、自分自身が感染していることを強く疑っているときであってもそうである。

女性に対して行われた最も一般的な暴力の形態は彼女たちの最も親密なはずのパートナーによるものであった。例えば、調査によるとナミビア、ペルー、タイの女性中3分の1から2分

年上の男性との関係は、少女たちを虐待と搾取に無防備な状態に放置する 一方的な力関係が前提となっていることが考えられる。

合は、妻は誰もHIVに感染していなかったが、10歳以上年上の夫を持つ女性の半分はHIV陽性だった。

多くの少女たちは暴力や強制によって最初のセックスを経験している。調査によれば、ペルー農村部における若い女性の24%は最初のセックスは強制されたものであったという。また、ジャマイカでは20歳前にセックスを経験した少女たちの深刻な割合(2001年の研究では12%)がレイプであった。南ア共和国では、最近の全国調査によると、性的な経験をしたことのある若い女性の10%は強要されたセックスだったと述べている(リプロダクティブヘルス・リサーチ・ユニット及び医療研究委員会,2001年)。ザンビアの研究によると、13歳から19歳の少女の6人中1人がセックスを強要されたことがあると回答している(健康福祉局、中央統計局、ザンビア厚生中央委員会対策、2002年)。

HIVと女性に対する暴力

女性に対する暴力は世界共通の問題であり、大規模な人権と公衆衛生上の課題である*。また、それはHIV感染症に対する女性の感染リスクを増大させる。女性に対する性的及びその他の形態の虐待とHIVに感染した時期の強い相関関係を確認した研究もある(Garcia-MorenoとWatts,2000年;Maman他,2000年)。さらに、暴力の恐怖は——パートナーからばかりでなく広く地域共同体からの——多くの

の1は身体的・性的に、もしくはいずれかの形で、自分のパートナーから暴行を受けたと語っている(WHO,2005年刊行予定)。家庭内暴力を防ぐ法律が全くないか、不十分に施行されている国では、女性が法的な保護を頼みにできないことが多い。

調査により、最も身近にいるはずのパートナーの暴力とHIV感染症が増加する可能性との間の強力な相関関係が明らかになった(Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999年)。ルワンダのキルガリにおける長期間にわたる男女関係にある女性たちの研究においては、HIV陽性の女性たちがHIVに感染していない女性に比べて男性パートナーからの性的・身体的暴力を経験していることが示された(Van der Straten 他., 1998年)。タンザニア都市部においては、29歳以下の若い女性の間では、HIV陽性の女性たちはHIV陰性の女性(30歳以上の女性ではHIV陽性であるか否かは暴力の有無に関係していなかったけれど)にくらべて性的・身体的な暴力を多く経験していると考えられている(Mman 他, 2002年)。南ア共和国のソウェトの産婦人科診療所では、パートナーから身体的な暴力を受けている女性はそうでない女性に比べHIV感染が多いことがわかっている。

HIV感染予防活動を成功させたいなら、女性、そして少女たちに対する暴力に立ち向かうとともに、それを減らす努力を同時に行う必要がある。女性や少女に対する暴力は、決して個人的

*女性に対する暴力とは、性的暴力(強姦やセックスの強要)、物理的暴力、感情的虐待(例えば、女性が家族や友人に会うことを禁じること)、過小評価、陵辱または威嚇、経済的制限(女性が働くことを妨げたり、女性の収入を押収したりというような)を含む行動を意味している。

な問題として片付けられるものではなく、家族や共同体、国家に対する重大な経済的・社会的影響を伴う基本的人権の侵害である。そのような暴力に対する法律が作成され採用されなければならないし、法の執行制度も適合されなければならない。法の実行を確実なものにするために当該職員たちを訓練する必要もある。

阻害された教育とヘルス・ケア

男女関係において女性が経験している力の不均衡は、女性の自主性と機会を制限している社会全体における不平等を反映している。ほとんどのアフリカやアジアの国々は、植民地主義の終焉とともに（特に少女に対する）教育の機会の拡大において、大きく前進した。そのような進歩にもかかわらず、少年と少女の就学率は大きな差が多く地域で、特にアジアで、残っている。悪化する貧困、支払不能な高い教育費などの要因とともにエイズは、感染拡大が最も深刻な国々において、進歩がもたらした成果を脅かしている。

教育の機会の減少傾向は、それ自体不安な問題だが、それは感染拡大が深刻化することも意味している。教育こそが HIV の拡大を防ぐ鍵なのだ。例えばザンビアの研究では、より良い教育を受けた人々の間では、比較的に HIV 感染率が低いことがわかった(UNICEF, 2003 年 b)。またケニアの研究では、エイズに対する高い理解・知識、高いコンドーム使用率、およびパートナー間の HIV 予防についてのより良好なコミュニケーションと、教育程度が高いことに関係があるという。

禁欲かセーフセックスかの選択は、レイプや性的暴力にさらされている世界中の多くの女性たちにとっては、選択肢などではない。

しかしながら、教育と HIV の関係は複雑ではある。ブルキナファソでは、妊娠中の女性の HIV 陽性率は、小学校にしか通わなかった女性および中学校を中退した女性の間で最も高かった（それぞれ 2.9%、2.6%）。中学校を卒業した女性（1.6%）、または、全く学校に行かなかった女性（1.9%）で陽性率が低かった (Ministere de la Sante, Burukina Faso, 2003 年)。ガーナでは、初等教育だけの妊婦の HIV 陽性率（2.8%）は、正式な学校教育を受けていない女性（1.5%）に比べおよそ 2 倍、中等学校を卒業した女性（2.1%）たちに比べ 1.5 倍だった(Ghana, 統計サービス他, 2003 年)。また、

最新のナイジェリアの HIV サーベイランスでは、妊娠している女性の中で HIV 感染率は、初等教育を受けた者で(5.6%)最も高く、高等教育を受けた者と正式な教育を受けたことのない者で(それぞれ 4%と 3.8%)低いことがわかった（ナイジェリア連邦保健省、2003 年）。正式な教育を受けていないことと低い HIV 感染率の関係は、地理的要因および他の要因に関係している可能性がある。しかしながら、中等学校を卒業することが女性の社会的地位、雇用機会、経済的自主性を向上させ、HIV 感染リスクを減少させることは明らかである。

中等教育は少女たちのために感染を防ぐ要因に違いないが、その一方で、学校に行くことが少女をリスクにさらすかもしれないという悲しい現実があまりにも多くの場所にある。ジンバブエの研究から、少女たちが男子生徒と男性教師の双方からの、セクシャルハラスメントと性的暴力に直面していることがわかった。ボツワナ、南ア共和国、スワジランド、ザンビアなどの他の研究でも、同じような状況があることが報告されている（人権監視、2002 年）。

（少年と少女が平等に）教育を受ける機会は広げられなければならない。授業料の撤廃は、誰もが教育を受けるために、少なくとも障害の一つを取り除くことになる。少女の中等学校卒業を可能にするための施策は特に重要である。中等教育は少女たちがより高い経済的自立を達成するのに必要な技術と機会を向上させ、HIV 感染リスクを著しく低減することが示されているからだ。多くの国々での経験から、教育助成が少女の教育の機会を増やし、少女自身およびその家族に対して様々な利益を与えていること

が確認されている。教育助成は他の目的の直接的な助成金に比べ追跡しやすい。学校が少女たちに対して安全な環境を提供することを保証するために様々な方法がとられなければならない。初等、中等学校のカリキュラムで、性教育、リプロダクティブヘルス教育と同様に本来のライフスキルを充実させるためには、一致協力しての努力が必要である。また教員に対する教育を改善することにより、これらの問題を効果的に教えられようしなければならない。

予防も治療も選択肢は多くない

女性は男性に比べ、HIVに感染した相手との予防をしないセックス一回での感染確率をはるかに高いと考えられている。しかし、女性がセックスをするかどうか、そのセックスが安全なものであるかどうかは、相手の男性の意志と行動にかかっていることが多い。残念ながら女性自身が主導できる予防法でいつでもどこでも利用できるものはない。女性用コンドームを使う女性は増えてきているものの、それでもまだ、彼女たちはそれを使うための話し合いと相手の協力が必要である。また、男性用コンドームより値段がかなり高く、使いたい女性は増えているにもかかわらず、どこでも手に入るものではなく、社会的にも受け入れられていない。殺ウイルス剤は抗 HIV 効果を持つジェル、クリーム、座薬、リングなど形状も様々で、女性自身が予防をコントロールするのに大きな力をもたらす。いくつかの国で現在臨床試験が進行中である。殺ウイルス剤（囲み記事参照）は女性たちが自分のリプロダクティブヘルス（性と生殖に関する健康）に主体的に関わることができるようにする（同時に根底にある不平等への取り組みは継続されなければならない）。

HIVに感染した子供たちの大部分は、妊娠・分娩期の母親からか、母乳によって感染したものである。サハラ以南のアフリカでは、2004年末にはこの地域における感染者の約8%に当たる、およそ190万人（170万—230万人）の子供（14歳以下を指す）がHIVに感染している（UNAIDS, 2004年）。女性たちが最初に感染していなければ、そして感染していたとしてもHIV検査を受けることができ、抗 HIV 薬の予防投与が利用できていたら、これらの感染の多くは避けられたにちがいない。もっとも、あ

まりにも多くの場所では、妊娠以外で HIV 感染の有無を知ることができる、自発的カウンセリング・検査サービスがまだない。そして、最近になってやっと HIV 感染の影響が深刻な国でわずか1%の妊娠中の女性が母子感染を防ぐことを目的としたサービスを提供されているだけである。そのようなプログラムは、感染拡大が深刻な国々（特にサハラ以南のアフリカなど）の多くで進行中だが、プログラムのほとんどは継続治療が必要な母親に対する抗 HIV 療法の提供を含んでいない。

世界的に見て、エイズ治療や介護が主に民間部門において提供されている場合や、治験の場合などは、男性の方が治療・介護へのアクセスが良好な傾向がある。これもまた、男性が享受するその他多くの優位さを示すものである。サハラ以南のアフリカでは、2004年6月現在、治療を提供されていたのは男女合わせて約15万人であり、悲惨なほど低い状態である（WHO, 2004）。自発的カウンセリング・検査を受けることは、妊娠・出産にかかわるサービスを受けない少女や女性にとって、男性（一般的に女性ほど公的な保健施設を利用しない）にとっても同様に、いまだに大きな挑戦なのだ。治療プログラムが地球全体に広がるにつれ、多くの女性が自分の感染の有無を知る機会と治療を受ける機会を失うのではないかというもっともな心配が出てきた。なぜならば、自分が HIV 陽性であることがわかった場合、パートナーがそのことに気づくことを、女性が怖れているからだ。

女性が治療や介護を受けるのを阻む障害要因が明確にされ、そして克服されねばならない。その答えの一部は、妊娠・出産に関する健康サービスを強化し、紹介システムの整備を通じて女性の治療と介護へのアクセスのための入口を

女性用殺ウイルス剤の開発と提供

殺ウイルス剤は女性が自分でコントロールできる予防用品として有望である。コンピュータによる数理的モデルは60%の効果がある殺ウイルス剤でもかなりの効果がある可能性を示している。そのような製品が73の所得の低い国でわずか20%の女性が使用するだけでも、3年間で成人（男性、女性を含む）と子ども250万人が新しく感染することを避けられる。第一世代の殺ウイルス剤は5—7年以内に市場に出る見通しが持たれている。しかし、それが実現するためには、殺ウイルス剤の研究・開発への投資が迅速かつ劇的に増強されることが必要であり、新しいメカニズムを持つ非常に効果的で、安価な殺ウイルス剤が発生事例の多い地域で治験される必要がある。現在、民間部門による殺ウイルス剤への投資は十分とは言えない。2020年までに18億USドルのヒット商品となる潜在市場があるにもかかわらず、（Access Working Group, 2002年）。もっとも有望な殺ウイルス剤の治験が遅れることなく進み、ヒット商品の効率的流通に向けた基礎作りが今なされることを確実にするためには、大幅な資本の増加が必要である。

作る、といった方法であろう。性感染症の治療サービスを家族計画施設と統合することによって女性たちが抱く、社会から非難されるのではないかという恐怖は減少し、彼女たちのサービス利用も増えていくものと考えられる。HIVに関する偏見を減らしていく広範な努力も必要であろう。また、18歳未満の少女たちが、保護者の同意がない、身分確認ができないなどの理由で、自発的カウセリング・検査を受けることを妨げないことを確実にする方法を確立することも必要である。新薬療法の臨床試験への女性のより多くの参加もまた必要である。

り、技能を習得したりする機会は費えてしまう。南ア共和国では、影響を受ける家庭の40%以上で、中心になる介護者はエイズ患者の介護のために仕事や学校の時間を取られてしまっていることが報告されている。女性たちが他の生産的仕事ができなくなった場合、家族全員が影響を受けることになる。南ア共和国における調査対象となった家庭の多くはエイズが登場する以前からすでに貧しかった（一部の家庭は非常に貧しかった）。エイズ問題はこうした状況をさらに増幅させた。エイズ関連の病気に対処しなければならなくなった結果として家計収入は平均3

エイズによる死亡者が増えるにつれて、現在では10年前以上に 祖母が孤児の養育を行っている

重くなる介護の負担

エイズは家庭内の労働と負担の不平等を強調し、また悪化させる。すでに、アフリカ南部は大陸中で女性世帯主の割合が最も高い——西部及び中央アフリカの18%、東部アフリカの21%に対し、南部は子供がいる家庭のおよそ34%が女性世帯主である（UNICEF and UNAIDS, 2003年）。エイズ介護のほとんどは家庭内で行われるので（サハラ以南のアフリカではエイズ介護の約90%は在宅で行われている）、女性の肩に非常に重い負担がかかっている（Ogden and Esim, 2003年）。

一般に、女性と少女は在宅介護の多くを行っている（例えばベトナムでは、HIVに感染した人の介護者の75%を女性が占めている）上に、彼女らは孤児を引き受け、作物を作り、家計を支えるために他の形態の収入を求めらるのである（Ogden and Esim, 2003）。南ア共和国における3つの州での調査では、エイズの影響を受けている家庭の4分の3は女性が世帯主であり、自分自身もエイズ関連の病気と闘っている女性が支えている場合が非常に多かった（Steinberg et al., 2002年）。貧困と社会福祉の欠如がエイズと結びついて、女性の介護の重荷を、手に負えない社会・保健・経済上の危機へと変貌させてしまった。

女性たちは目の苦難・苦痛以上の代償を支払うことになる。彼女たちの時間と体力は介護の重労働によって奪われ、自分の勉強を続けたり、所得獲得手段により経済的自立を達成した

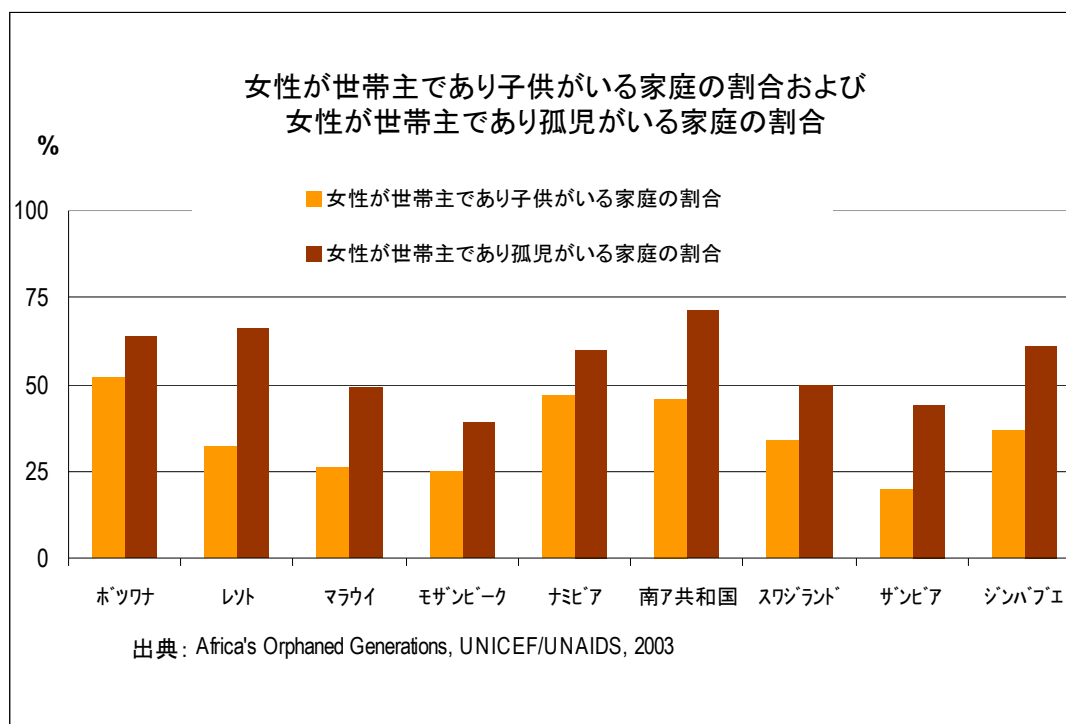
分の2減少したことが報告されている（Steinberg 他, 2002年）。タンザニアにおける研究は、夫が重病である場合、女性が農作業に割ける時間は最大50%少なくなることを示している（Rugalema, 1999年）。さらに、土地・ローン・知識・技能・トレーニング・技術のような生産資源へのアクセスは性別により決められており、女性は通常差別されている。

家庭の中心となっている成人女性の死亡はしばしば家庭崩壊につながる。マニカランド（ジンバブエ）では調査対象世帯の3分の2がこうした家庭崩壊を経験していた（Mutangadura, 2000年）。女性の死によって起こる問題の多くが子供たちを育てるために乗り出した他の女性（通常年老いた祖母）に肩代わりされることがいくつかの研究でわかっている（Steinberg 他, 2002年; UNICEF and UNAIDS, 2003年）。

図5に示すように、多くの国で、女性世帯主の家庭（祖母が家計を支えているものも含む）は男性世帯主の家庭に比べ数多い孤児を育てている傾向があるようだ。エイズによる死亡者が増えたため、現在では10年前より多くの祖母が孤児の世話をしている。例えば、大まかにみて、ボツワナの祖母たちは両親のどちらかを失った子供の半分を養育している（UNICEF and Ministry of Local Government Botswana, 2003年）。

流行が最も深刻なほとんどの国の社会福祉制度はこうした問題を解決するにはあまりにも貧弱である。結果として貧しい家庭（特にその中

図 5



の少女と女性) は、感染拡大の打撃の矛先から守ってくれるはずである外部のサポートにアクセスする可能性がほとんどない。家族や地域共同体、政府は持続的なセーフティ・ネットを提供するためには、女性の我慢強さと回復力だけに頼ってはいけぬ。病人の世話にせよ、農耕にせよ、賃金を稼ぐにせよ、ボランティアワークにせよ、女性の労働は家庭にとっても国家経済にとっても不可欠なものである。エイズによってもたらされた負担の増大は、女性やその家庭ばかりではなく社会全体の経済にも大きなコストを課した。そして、それらの負担は軽減されなければならない。エイズの在宅介護プログラムには医療・看護ケアを超えた、家庭を援助するカウンセリング、食糧援助、福祉支援、学校教育補助金、そして収入機会の提供を含む広がりが必要だ。さらに、高齢者と彼女等が養育する孤児たちに対する社会的保護と経済的支援も必要である。年金や児童手当へアクセスするための行政手続もより円滑に行わなければならない。それは、しばしば家族全員を支えることになるのである。(HelpAge International, 2004年)。

女性の相続権と財産権の否定

HIV に対する女性が持つリスクの大きさは、不平等な財産権と相続権によって一層増大させられている。これらの権利を巡る状況は世界中で様々である。開発途上国の中で、ラテンアメリカ諸国の多くは、いくつかの農地改革と戦後の再入植政策は性差別的ではあるが、相続の基準は比較的男女平等である。女性の権利拡大のための努力にもかかわらず、南アジアでは不動産やその他の資産の支配については、性別による著しい不平等が根強く残っている。サハラ以南のアフリカの大部分では、財産は通常男性によって所有されており、女性は時折、主に婚姻によって権利を得ることができている場合がある。アフリカ諸国では、古い植民地法、独立後に制定された法律、現実に使われている慣習法(場所によってはイスラム法)などの複数の法制度が重なり合い、取り入れられている。そして、植民地時代のアフリカ南部地域では、慣習法の解釈の変更は、しばしば、法律が女性の権利を狭めるように解釈されることを意味した。その上、植民地支配者たちは、伝統的な財産分配における私有財産の概念および厳格な家父長制度

の概念を適用したのであった。これらの結果、男性は一族のためにという名目で財産を管理・相続できる原理が形成されてきた。男性は財産に付随する義務を負うことなしに、財産権を主張できるということだ（南部アフリカの女性と法研究財団、1998年）。

結婚する時の持参金の支払い、女性と財産に対する男性の管理を厳しくした。国によっては女性は結婚してからも法的には未成年者と同じ扱いである(Human Rights Watch, 2003年 a)。その結果、女性の財産権を承認あるいは保護することがない現状が生じた。それは女性の経済的安定を減少させ、場合によっては、女性たちは隷属的な関係に耐えなければならないか、あるいは、経済的生き残りのためにセックスに頼らなければならない。国によっては夫がエイズで死亡した場合、妻は夫の親族によって財産を奪われることになり、女性たちはより深刻な経済的に不安定な状態に追い落とされることになる(Human rights Watch, 2003年 a; Drimie, 2003年)。

土地や財産を所有または相続できる行使可能な権利がないことで、女性や少女たちは夫や両親の死後貧困に突き落とされるかもしれない危険があり、また貧困と経済的依存のため、女性たちは性的搾取や暴力に一層さらされる状態に置かれる(Strickland, 2004年)。ナミビアにおけるFAO(国連食料農業機関)の研究によると、夫の死後夫の親族との争いで、妻の44%が畜牛を、28%は小型の家畜を、42%は農機具を奪われたことがわかった(Kaori, 2004)。国によっては残された妻を保護する法律があるにもかかわらず、現実にはほとんどの女性が償還請求もできずに置き去りにされている。杓子定規で無関心な官僚、女性自身の権利意識の欠如、暴力への恐怖、さらに、所有権を主張することに対する社会的偏見があるので、多くの女性は泣き寝入りをして財産請求ができないのである(Human Rights Watch, 2003年 a and 2003年 b)。

法制度は女性の財産権と相続権を確立して承認させるよう改定されなければならないし、試験的なケースを通して法的先例が確立される必要がある。これは家庭におけるエイズの経済的影響をやわらげる助けになるかもしれない。加えて女性の経済的自立を向上させることにより、パートナーからの暴力、離れた世代間や代償と

してのセックス、そして他の HIV に関係するリスク要因に対する女性の脆弱性を減少させることができる。しかし、立法措置だけでは十分ではない。これらの問題に対する一般の人々の意識を高めなければならない。女性の土地所有権・居住権・保有権などは、特に HIV 陽性率の高い地域では、書面で保障されなければならない。従来の官憲や指導者が、これらの努力のパートナーになることが極めて重要である。なぜならば、彼らが女性の権利を支持するように慣習法を解釈し適用する権限を持っているからに他ならない。

大きな目的の実現

エイズ流行拡大における社会構造上の力学関係——特に HIV の感染拡大を助長する可能性がある広範囲にわたる性別に基づく不平等——に取り組む必要がある。その第一歩として、問題をより深く理解することが必要だ。各国の疫学データは、性別を考慮して確実に再構成・解釈されるべきである。これによって、性的役割関係が流行においてどのような役割を果たしているのかを一層明確に分析できる。そしてエイズが女性・少女に強いている、あるいは、男性・少年に強いている多様な負担を浮き彫りにすることができる。これは、より効果的なエイズ・プログラムの作成にとって非常に重要な情報である。

同様に重要なことは、女性のためのプログラムであるのだから、立案・主導の段階から女性の参加を一層促進することだ。特に HIV とともに生きる女性に対してあてはまることだ。女性感染者は流行への対応を強化する際に、比類のない貢献ができるからだ。さらに、頑強な市民社会団体(特に女性や若者のグループ)を育成することにより、エイズ・プログラムの到達範囲・説明責任・有効性を改良することができる。

これらの全ての活動において、男性・少年はより大きな役割を果たさなければならない。男性が、現在女性が生きている世界の大部分を、作り上げている。そうであるから、社会変革において女性と男性はパートナーであらねばならない。女性を対象にしたプログラムは、男性をパートナーとして取り込むようにすべきだ。そうすることで、女性に対して支援的な社会構

造を育てる一助となる。在宅介護や他の支援プログラムに参加することによって男性は、自分の住む地域社会や社会全体の健康と福祉に対する責務について心を留めるようになるかもしれない。男性や少年は、型にはまった一般的な「男らしさ」（その「男らしさ」は有害でもある）に挑戦して作り直すこと、女性に対する暴力の惨禍と闘うこと、さらに、HIV 予防における責務（特に親密な関係において）を果たすことを期待されており、またそうするための絶好の位置にいる。

これらはすべて非常に大きな挑戦目標である。暫定的な当座の危機を回避する努力では、一時的な改善はあるかもしれない。しかしながら、

HIV が感染拡大する状況を放置したままでは、長期的にはその努力は不十分であったと判明するだろう。これはなにも、一旦男女平等が達成されれば、HIV 流行が消滅すると言っているわけではない。不平等を是正するための最前線における進歩は、全世界を席卷しているエイズ流行の規模、深刻さの程度、流行の期間を減少させる助けになるということを意味しているのである。

女性とエイズに関する世界連合

女性とエイズに関する世界連合は、女性と少女に対するエイズの影響に光を当て、その衝撃を減少させるのに有効な行動を促進するべく 2004 年はじめ UNAIDS によってスタートした。女性とエイズに関する世界連合は新しい機関ではなく、様々な個人・ネットワーク・機関が参加している運動である。その運動は、活動家、指導者、政府代表、コミュニティ・ワーカーおよび著名人によって支持されている。活動の中心は次の 7 つの分野である。

- ・ 少女・若年女性の間 HIV 感染を減らすこと。
- ・ 女性に対する暴力を減らすこと。
- ・ 女性と少女の財産権・相続権を守ること。
- ・ 女性と少女のためのケアと治療への平等なアクセスを確実にすること。
- ・ 女性と少女に焦点を当てた改善された地域密着型ケアを支援すること。
- ・ 女性用コンドーム、殺ウイルス剤など新しい予防ツールへのアクセスを促進すること。
- ・ 現在行われている、全ての少女へ教育を提供するための努力を支援すること。

さらに情報を得たい場合は UNAIDS に連絡するか、以下のホームページにアクセスしてください。

<http://womenandaids.unaids.org/>