

以上のように「エイズは男性同性愛者の病気である」というステレオタイプは、多くの女性に診断・治療の遅れという悪影響をもたらし、「エイズは売春婦あるいは女性の病気である」というステレオタイプは、女性に対して HIV の伝播者という誤った差別的烙印を押すことになったのである。

2. HIV 感染に対して増大する女性のリスク

開発途上国の女性をより HIV に感染しやすくする要因として、情報へのアクセスの欠如、生物学のおよび保健に関連する要因、および性的行動に関連した要因があげられる。途上国においては、女性の教育レベルや識字率が低いために、パンフレットや小冊子などの活字に頼る反エイズキャンペーンが彼女たちに届きにくい。それに加えてテレビやラジオが男性に独占されがちな地域では、女性たちの情報源の主要なものは口伝えであると言われる。HIV 感染に関する知識が不十分であるということは、必然的に感染のリスクに対する認識や予防手段に関する知識が不適切であることを意味している。

WHO は開発途上国における最も深刻な問題のひとつに性感染症 (STD) をあげている。また、いくつかの地域研究により HIV と性感染症の相乗効果が明らかになっている。なかんずく梅毒や軟性下疳などの潰瘍性病変が HIV 感染に大きく関係すると報告されている。特に女性の場合は潰瘍性病変は性器内部に初発することも多く、治療が遅延しがちであることから影響が大きいと考えられた。性感染症そのものの影響についてと同様に、それによる不妊症についても考慮に入れられるべきである。母であることが女性の社会的地位を決定し、生殖力が旺盛であることが女性としての価値の大前提である国は多い。不妊症であるという診断は心理的にも社会的にも耐えがたきことであり、子どもに恵まれない女性は、妊娠を望んでさまざまな性的パートナーを求めようとする。さらに、不妊症の女性はしばしば離婚され、再婚できなければ日々の糧を得るために性的パートナーを求めることになり、このような状況においては HIV 陽性の男性に曝される危険も大きい。

輸血による女性や子どもの感染も開発途上国においては大きな問題である。途上国においては、献血に対する HIV や梅毒のスクリーニング検査体制が整備されていない上に、マラリアや出産による貧血の治療として頻繁に血液が利用されている。感染のリスクにある場合に献血提供を辞退するようアドバイスし、スクリーニング検査を実施している施設でさえウィンドウ・ピリオド (window period、訳注：感染初期でまだ抗体を産生していない時期) の陽性献血者を避けることは困難である。ほとんどの国が献血の HIV スクリーニングを保健政策の重要な一環として位置付けているにもかかわらず、検査キットの費用や不足の問題が実践を阻んでいるのである。

妊娠や出産に関連して注目すべきなのが、伝統的産婆 (TBA, Traditional Birth Attendant) や出産を介助する他の女性たちが HIV 感染のリスクに曝されるという問題である。特別なトレーニングを受けていない女性に出産介助をされる妊婦の比率は、アフリカ、ラテンアメリカ、アジアで高く 35 - 49% である。鋭利な刃物を使用し、臍帯 (へその緒) を切断し、胎盤を取り出すときに大量の血液、体液に曝されることになる。妊婦が HIV 陽性であれば感染のリスクにも曝されることになる。とくに手に開放傷がある時は、手袋を使用しなければ感染の危険がある。逆に出産介助者が HIV 陽性であった場合にも理論的には妊婦に感染させる危険性がある。予防手段にアクセスの比較的容易な臨床医ですら HIV 陽性の妊婦の帝王切開に感染の怖れを感じているとも言われ、そ

のような状況下における母子の安否が気遣われる。

自分で行う治療もときに感染の危険をとまなう。マラウィの妊婦を調査したところ 35%の妊婦が膣分泌物の異常に対して、ハーブ、水酸化アルミニウム粉末、石（シリカゲル、過マンガン酸カリウム、軽石のようなもの）、布などで自己治療を試みていた。こういった物質の中には、膣粘膜を刺激し、びらん状にするために HIV に感染しやすくすると言われている。また、コンゴ（旧ザイール）のセックスワーカーによって利用されている膣乾燥剤（性交時の快楽を高めると信じられている）も膣粘膜を損傷させ HIV に感染しやすくすると言われる。

コンドームに対する誤った考えも、男女ともに感染の危険に曝す。例えば、コンゴにおける調査によると、男性の精子は女性の健康増進と生殖力に役立ち、一方コンドームは女性の健康を阻害し不妊症の原因にすらなると怖れられていた。ペルーでも若年女性がコンドームが生殖器を損傷すると怖れており、ドミニカ共和国でもセックスワーカーの客が勃起力、生殖力、男らしさを損なうものとして使用を拒否していた。

コンゴでは若年女性とセックスをすれば自分のウィルスは女性が引き受けてくれると信じ込まれたことから男性が若年女性を求めた。サブサハラ地域においてレイプが横行しているのもこのような誤った信じ込みによる影響がないとはいえない。エイズとは無関係と思われた児童に対する性的虐待、近親相姦、児童へのいたずらは、その犠牲者の多くが女兒であるが、HIV 感染源としてますます重要になってきている。驚くべきことに、ウガンダのある小学校の児童 184 人のうち 27 人がセックスを強要されていた。そのような状況下のセックスはしばしば暴力的であるために性器に創傷・出血をきたしやすく HIV 感染に対するリスクも高くなるのである。

性行動

肛門性交は HIV 感染リスクの高い性行動であり、しばしば男性同性愛者と結びつけてとらえられてきたが、異性間においてもより快楽的であり、良い避妊法であり、若年女性の処女性を保てるという理由で実践されてきた。そして通常コンドームは使用されていない。

ブラジルにおける調査によると、リオデジャネイロの市民の 50%が肛門性交をノーマル（正常）な性行動と答えており、国内の他の地域においても 40%が同様に答えている。アルゼンチンの男性陽性者の女性パートナーに関する調査は、陽性に転じた者の 82%が肛門性交を月一回以上経験しており、陰性の者のそれは 17%であった。マラウィにおけるフォーカス・グループ・ディスカッションにおいても、禁欲を保てない場合は肛門性交が最も有力な選択肢であると報告された。サブサハラ地域では出産後の禁欲習慣が一般的であり、長いところでは 1 年にも及ぶ。この間に男性は他の性的パートナーを求め、結果として妻に感染させるということにもなる。

ポリガミー（複婚：一夫多妻、あるいは一妻多夫制度）は、西洋社会によって乱交形態であると報じられているが、婚姻の中で性交が保たれればこれは真実ではないだろう。ポリガミーの夫は婚外のセックスを求めにくいとも言われている。これに対してポリガミーが予防的手段にはならないとする意見もある。ウガンダでは、ポリガミーが幾分減ってきてはいるが、ポリガミー的態度は変わることなく男性に多くの性的パートナーを求めるよう誘惑があると報告された。コンゴでは、ポリガミーの男性も婚外セックスを求め、無視された妻たちもまた婚外に代償を求めるといわれる。

また、年長の夫をもつ妻は婚外に満足を求める傾向にあるとも報告された。

花嫁に支払う持参金の額の高い地域においては、若者は何年も待たされることになり、その間複数の性的パートナーを求め、感染のリスクに曝される。結果として花嫁に感染させることになる。また、死後の“清めの儀式”は、死者の家族成員と性交することにより死者の魂が浄化させると信じられており、HIV感染のリスクを高める要因でもある。

その他、ラテンアメリカ諸国では、バイセクシャル男性が女性への感染の大きな要因となっていると考えられている。また、アフリカ諸国においてはホセクシュアリティやバイセクシュアリティに対する強いタブーのためにほとんどいないはずであると主張されてきたが、現実には東ウガンダでは、調査対象者の16%がバイセクシュアルの経験があると答えた。ボツワナ、コンゴ、エジプトなどでも無視できない数の経験者が報告された。

最後に、政情不安や内戦の地域にいる地元女性も、軍人や警察官にHIV陽性者が多いために高いリスクにあり、中央・東アフリカにおいて女性の感染パターンが軍隊の動きと関連しているといわれている。

3. HIV/AIDSの社会的、心理的結果

HIV/AIDSが女性に及ぼす経済的影響には、直接的なものと間接的なものがある。HIV陽性者が増大するに伴い男性はより低年齢の処女を花嫁に求めようとする。その結果、少女は教育を継続し、より賃金のよい職業につく可能性を放棄しなければならなくなる。花嫁への持参金額を減らすというウガンダの地元リーダーによる試みも同様の悪影響をもたらすものと考えられる。実際に婚姻年齢は徐々に下がってきているのである。

寡婦が可能な限り早く再婚する社会もあるが、今日、夫がエイズで死亡した場合、寡婦はHIV陰性であっても再婚はできないかもしれず、将来的な貧困に直面することになる。寡婦がそのような問題に直面するばかりか、ルワンダのキガリではHIVにより病気になった場合、夫やその家族からの援助を期待できない。この怖れがあまりにも現実的であることが、ウガンダにおいてエイズ女性が夫から捨てられたという報告により示された。たとえば妻が夫から感染した場合であっても同様である。こういう風潮は夫の親戚によって煽られる。同じような事件がインドにおいても報告されている。夫が妻からエイズのために捨てられた事例もあるが、その逆の方がはるかに多く、離婚に際しての法的権利にも差別があるために女性は離婚後自分で自分を養っていかなければならない。

「エイズは売春婦の病気である」というステレオタイプはセックスワーカーの人権侵害を生むことになった。強制的にHIV検査を受けさせられ、陽性であれば営業停止になった場合もある。インドでは、HIV陽性のセックスワーカーが売春防止法の下逮捕され刑期を満了した後も拘禁される事例が発生した。別の事例では、ボンベイの854人の女性が警察に先導されてマドラスの“救済ミッション”という名のホームに収容された。アフリカでは、男性のコントロールを受けずに自立しているセックスワーカーや交易商人が農村に追放された国もある。

女性の権利は、研究者が必要な倫理基準を考慮に入れない場合などにも生じる。たとえば、ナイロビのセックスワーカーに対して殺精子剤の治験をプラセボ投与群を対照群とした事例はプラセボを投与された方はウイルスに曝露されるという倫理的に許されないことが生じた。また妊婦に対してインフォームド・コンセントなしにHIV検査が行われた例もある。

「売春婦の病気」というステレオタイプは、女性に対する差別的烙印や差別を誘導するばかりでなく、女性自身に深い心理的効果をもたらす。そのひとつに差別的烙印が身体的変形や個人の人格に関連づけられることにある。たとえば、エイズ患者は醜いので嫌悪感を催させるとか、末期患者では皮膚癌や皮膚の変形をきたす疾患を患うためにやつれて見えるというものである。またふくよかさが文化的に女性美とされているところでは体重減少は自尊心を損ねるものとなる。また、差別的烙印は、「エイズは殺す」というキャンペーンに煽られて HIV 感染者を潜在的殺人者のレッテルを貼ることである。無意識に他人に感染させてしまった感染者は自分を責めることになる。

もうひとつのさらに大きな心理的負担は妊娠と親になることに関わっている。HIV 陽性の女性は妊娠中に流産、早産、周産期死亡など多くの合併症に罹りやすくなり、子どもへの感染率は 20 - 50% と言われている。子どもが感染しているかどうかは 15 - 18 か月後でないとは判明しないので、この間の母親のストレスは大きい。また、出産後、子どもが健康であればその将来について心配し、不健康であれば死んでしまうことが分かっている子どもの世話をするというストレスに直面する。HIV 陽性の女性にとって妊娠を避けることもひとつの選択肢であるが、生殖力があり母であることが女性の価値を決定づける場所では避妊具の使用すら大きな心理的・社会的葛藤を生じる問題である。HIV の状態を説明し、避妊に関してカウンセリングすることが女性の妊娠を防ぐことを必ずしも意味しないのは、ウガンダの女性が「死ぬことはかまわないが、子どもなしに死ぬことは証なく死ぬことに等しく、神がわたしをあざむいたことになる」と言ったことに代表されるような文化的土壌を変えることの困難さを示している。

最後にケアの受け手としての女性が男性よりも不利であることが、アフリカの病院のエイズ病床は男性エイズ患者で満杯であることによっても表れている。

ケアのプライマリー・プロバイダーとしての女性

女性は家庭内では家族の面倒を見る人であり、とりわけ健康面のケアをするものと信じられている。病院の病床は回復可能な患者のために確保したいということもあり、エイズ患者の自宅看護が奨励されている状況の中で、エイズ患者についても女性の役割は変わらない。エイズで両親が亡くなると子どもの世話はポリガミーでは他の妻たちが、そうでない場合は叔母や祖母が面倒をみる。高齢男性が家事に果たす役割はほとんどなく、両親の収入や食物生産が止まれば祖母がその役割を引き受けなければならない。

アフリカではエイズによる影響が大きいところでは家族制度が崩壊しつつある。エイズ患者からの感染を怖れて見捨てる家族もいるし、余分な人員を養う時間、経済力がないこともある。保護者が限られた数の子どもしか学校にやっつけられないような場合には女兒の孤児が不利になることもある。また祖父母は、学費がまかなえても年長の女兒を家事労働のために家に置いておきたがるということもある。すでにヴィクトリア湖岸の村々では健康な非感染者は、子どもか老人であるという状況にある。

また、NGO 部門においてもケア・プロバイダーとして求められるのは女性の看護婦、カウンセラーであり、彼女たちは、HIV 感染率の地域で感染を怖れながら働くのと同時に、自らもたとえば夫の婚外セックスによる感染についての怖れと向き合っていかなければならないストレスに曝されている。

4. 予防対策上の社会的障壁

個人の責任を強調することは、結局、その個人が“ハイリスク集団”に属するとみなされ、ますます差別的烙印を押されることになりかねない。ある HIV 陽性のカウンセラーが「わたしはエイズに対して NO と言った」キャンペーンに対して「誰もエイズに対して YES と言った人などいない。誰もなりたくてなったわけではない」いみじくも言って間違いを論じたことにも表れているように、とりわけ女性は予防的手段を効果的にとれないでいる。

社会経済的な地位の低さ、教育レベルの低さから必要に迫られ複数の男性との性交をする女性もいる。女学生たちは、先生から良い成績評価の代償にセックスを求められたり、いわゆるシュガーディーと呼ばれる年配の男性からの援助との代償にセックスを提供したりする。モザンビークでは貧困が拡大し、今や多くの女性が家計を助けるために性を取引しなければならない状況にあると言われる。チリでは 13 - 20 歳のストリート・ガールたちの多くがが麻薬欲しさに売春をしているという。

一夫一妻制の夫婦ですら妻は夫が婚外セックスをしていることに気がついていてもそれを変える力がないと思っている。ウガンダでは調査対象女性の 30%が自分が感染のリスクにあると答え、中央アメリカのベリーズでは 68%の女性が同様に答えた。女性が単に複数の性的パートナーを持つこと事実は、女性が予防手段を講じていれば危険であるというわけではない。しかし、セックスがマスメディア、映画、ジョークを通じて広く語られていても、個人的な話題としては好ましくないとされているし、また恥ずかしいことともされている。女性と男性の間、両親と子どもの間では好ましい話題ではないとされているが、こういうことこそ永久的な行動変容を促すものである。女性は早期の社会化を通じて、大人の間も強化されていくのだが、女性は男性に従属するものであり男性の希望に従わなければならないという規範を刷りこまれるのである。女性がコンドーム使用を主張しても、男性の拒絶に会ったり、コンドームが婚外セックスの象徴ともみなされているので、不倫を疑われたり、またすでに HIV に感染しているとみなされたり、パートナーの不貞を非難しているととらえられたりする。

多くの国においてコンドームに対するさまざまな異議が唱えられた。それは、男らしくない、不自然である、性的快感がそがれる、人口減少のための策略であるなどである。たとえ話の中にも「コンドームをしてセックスするのはレインコートを着たままシャワーを浴びるようなもの」のように不快感を表したものがよくみられる。また、コンドームはセックスワーカーとのセックスや関連した差別的烙印に結びつけられることが、コンドーム使用にとって強力な妨害となっている。

女性が伝統的価値観に従おうとするところでは、たとえば、カトリックの神父が HIV 陽性の夫を持つ女性に対して「夫に忠実であれば、禁欲を続けるでしょう」と言ったとしよう。女性は、このような決定に従おうとしない夫と神父の二重の縛りにあわなければならないだろう。

女性が男性にコンドームを使用させることができたとしてもさらなる問題は、コンドームの入手が十分でないことである。また、若年女性がコンドームを購入するのはその倫理的規範に影響され困難である。値段が非常に高かったり、品質が極端に悪かったりすることもある。

血液由来の感染に関しては女性は多くの部分を他人に依存せざるを得ない。もし、彼女たちが清潔な器具が必要であることを知っていれば、伝統的治療や割礼、切除、刺青などの際に使用するか

みそりなどの殺菌を要求することもできよう。そういう予防法は彼女たちの力の及ぶところではない場合は、殺菌した器具を準備する必要があるが、コストや入手しやすさの面で容易ではないだろう。

Ⅲ HIV/AIDS 流行におけるジェンダー（社会的性差別）および人権問題に

対する社会文化的、経済的、政治的努力

1. ジェンダーと人権の観点からの HIV/AIDS 流行への対応の国際的潮流

HIV 感染症の発見と対応の歴史は、大きく 3 つの時期に大別することができる (6)。1981 - 84 年の発見期には、HIV 感染症が発見され、記述疫学的知見、感染経路、HIV 感染リスクを高める行動が明らかにされた時期である。この時期は、公衆衛生的には、個人の行動変容を促すために市民向けの啓蒙活動に重点がおかれた時期でもあった。1985 - 89 年の対応初期もやはり個人に対するリスク低減が目標とされた時期であるが、WHO 世界エイズプログラム (WHO/GPA) によって 3 つの世界エイズ戦略が明確に提示された時期でもあった。すなわち、情報・教育、保健医療・社会サービス (例：検査とカウンセリング、コンドーム、注射針交換、安全な血液・血液製剤、薬物治療)、そして HIV 感染者やエイズ患者に対する差別の防止の 3 つである。3 つめの戦略は公衆衛生には新しい特徴であったが、感染者への差別的烙印や差別が、教育やサービスを通じたリスク低減の努力を妨害していることは明らかになっていた。この時期は予防に重点がおかれた時期でもあり、予防とケアが別の次元でとらえられる傾向にあった。1989 年以降になると、リスク低減に社会的 (societal) な観点の必要性が強調されはじめ、脆弱性 (vulnerability) の概念が中心的にとりいれられるようになった。これは、個人が健康をコントロールする上での制限や障害に焦点をあてた概念である。

脆弱性の分析には、意思決定、行動、健康に対する政治・社会・経済・文化の影響を評価することが必要である。そして、いかに人権や人間の尊厳が重んじられているかがその社会における HIV/AIDS への脆弱性を決定するという観点も不可欠なものとして認識されるようになった。脆弱性の高い集団としては、女性、子ども、宗教的・民族的マイノリティ、先住民、移民、難民、国内移民、障害者、季節労働者、男性同性愛者、注射麻薬使用者、セックスワーカーなどがあげられる。リスク低減と脆弱性低減の組み合わせは改編されてできた国連合同エイズ計画の戦略的基礎となっている。

このような HIV/AIDS 流行への対応の流れの中で、HIV/AIDS におけるジェンダーと人権の問題が国際機関において精力的に取り組まれるようになった。1987 年に WHO 世界エイズプログラム (WHO/GPA) が設置されて以来、人権への配慮を強めたガイドラインが作成されるようになり、国連女性委員会 (UN Commission on the Status of Women) も

1990 年、HIV/AIDS の女性へのインパクトに対する対応を 1993 - 1997 年の最優先課題であると決議した。また、国連人権委員会も 1993 年に声明を発表し、すべての国に対して HIV 感染者やエイズ患者のみならず、その家族やすべての関係者、また感染リスクが高いと予想される人が、完全な市民的、政治的、経済的、社会的、文化的権利を享受できるよう保障すること、脆弱性の高い集

団にはその点とくに配慮するよう求めた。

1994年8月の第10回国際エイズ会議（横浜）においても「女性とエイズ」がはじめて国際エイズ会議のテーマとして取上げられた。

その4か月後、1994年12月1日（世界エイズデー）にパリにおいて仏政府及びWHO共催で開催されたパリ・エイズサミットには、先進18か国、途上国24か国の首相級の代表が参加した。ここでは、以下のような患者・感染者などの人権の擁護やエイズ研究の振興と予防治療手段の途上国への普及等、各国が取り組むべき国内・国際対策をまとめた宣言が採択された。この中で女性の地位、教育レベル、能力、社会参加の向上に関する宣言も採択され、エイズが女性の社会経済的地位の低さと深く関連していることが共通の認識として示された。

さらに、翌年の1995年10月には中華人民共和国の北京で第4回世界女性会議が開催され、HIV/AIDSに対する女性の脆弱性を低減するための行動要綱が発表された。(7) この中で、女性のHIV/AIDSに対する脆弱性が高さが、性的、経済的な従属や生物学的側面から分析され、脆弱性を低減するために女性はネットワーク形成、同盟形成、変容のアドヴォカシー（唱道）を通じて自分たちをエンパワーする（empower, 注：empowermentはvulnerabilityの逆の概念であり、自分の意思で自由に必要な情報に基づいて自分の生き方を決定できること）必要があるとされた。さらにトップレベルの政治的関与は、女性のHIV/AIDSに対する社会的脆弱性を低減するうえで不可欠であるとされた。それは、女性の保健、教育、法的・経済的展望を向上させることによって実現される。効果的なHIV/AIDS予防・ケアに対する努力が、HIV/AIDSの影響を受けた女性を対象にした確固たる政策やプログラムとともに開発され、既存の国家的構造の中に統合される必要がある。目的を達成するためには、個人やグループのレベルでなく男女間の尊重に基づいた効果的な同盟が必要であり、それは大きな挑戦であるが明日の命にとって最大の希望でもあると結論された。

2. HIV/AIDSと人権に関する国際ガイドラインと立法者のためのハンドブック

1996年9月には“第2回HIV/AIDSと人権に関する国際審議会”（the Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights）が国連人権高等弁務官事務初と国連合同エイズ計画の共催により開催され、それに基づき“HIV/AIDSと人権に関する国際ガイドライン”

（International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights）が、1998年に発行された。その12のガイドラインのうち、ガイドライン5とガイドライン8において女性の人権について言及されている。ガイドライン5は、反差別・保護法について、ガイドライン8は、女性、児童、および他の脆弱性の高い集団について勧告している。

1998年“HIV/AIDSに関する国際議員連合ウィントフーク決議”（the 1998 IPU Windhoek Resolution on HIV/AIDS）に従い、上記のガイドラインの内容を分析して、国連合同エイズ計画と国際議員連合によって立法者向けに作成されたのが“HIV/AIDS、法律、および人権に関する立法者のためのハンドブック”（Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights）（1999年）である。

ガイドライン5反差別・保護法のなかで女性の法的地位の向上のために次のように勧告がなされた。

女性に関連して、法律は、次のような点から待遇の平等を保障するために再検討され改正される

必要がある。

- ・財産 - 所有権、遺産相続、契約の締結、財政とクレジットの獲得
- ・婚姻関係 - 結婚の交渉、別居・離婚手続きの開始、別居・離婚にあたり資産・財産の平等分配と子どもの親権の保持
- ・平等な価値の仕事に対する男女平等の報酬
- ・労働者による家族責任の遂行の推進、例えば、母親、父親の出産休暇や育児の質
- ・夫婦間レイプ（例：ペルー）や性器切除の禁止（例：コートジボアール）を含む性的暴行といやがらせからの保護。

特別な保護法が、もし行政的実践が次のことを保障しないならば必要である。

- ・生計、教育、雇用、そして経済的機会に対する平等なアクセス
- ・女性の性と生殖に関する権利（**reproductive and sexual rights**）には以下の事柄を含んでいる。
 - －生殖と性感染症の保健情報とサービスへの独立したアクセス
 - －中絶といった産児制限の自由な選択
 - －子どもの数と出産間隔の決定
 - －セーフターセックスの実践を要求すること
 - －性的関係を拒否すること

こういった分野の法的権利について女性を教育することは、女性が権利を主張することによって、性的、あるいはその他の関係において自分たちを保護できるようにするために等しく重要である。

ガイドライン8では、女性、児童、および他の脆弱性の高い集団と題して、法改正を超えたところで脆弱性の高い集団に対して支援的かつ実現可能にさせる（**enabling**）ような環境を促進する必要について以下のように述べられている。

ジェンダー（社会的性差別）と生殖に関する権利

感染に対して増幅した生物学的感受性とは別に、多くの国における女性の従属的な地位はHIV/AIDSに関して情報を与えられる機会を制限する。それは彼女たちを感染に対してさらに脆弱にし、ケアと支援を必要とする感染が招きうる結果をひきうける能力を損なうのである（例：家族による暴力と遺棄）。生活のあらゆる局面における組織的差別は、とりわけ教育、ヘルスケア、それに雇用は女性の感染リスクを不均衡に増大させる。教育と予防プログラムは、女性が情報を理解する技量やそれに基づいて行動する能力に欠けるところでは妨害される。女性は、ときに社会的、法的規範や経済的依存のためにセーフターセックスを交渉したりパートナーの元を離れることができない。女性にとっての自己の価値とアイデンティティの理想的な形態としての母性を推進することは、HIVへの脆弱性を高めHIV陽性女性のための生殖に関する選択を制約してしまう。禁欲と貞節に関する二重基準は、多くの一夫一婦制の既婚女性が夫からの感染を避けることに無力であることを意味している。

女性に向けられた性的な、また他の暴力（夫婦間のものも含む）は、女性の割礼や陰部縫合のような伝統的慣習と同様に、法律で禁止されていない国もある。そのような行動、あるいは暴力の脅

威に対する恐怖ですら、身体的、情緒的に女性を傷つけるのと同様に HIV 感染のリスクを高める原因となる。

女性の地位の向上

流行をあおる女性の非識字率や貧困の不均衡な割合は、いくつかのエンパワリングプロジェクトによって対象となってきた。

- ・ネパールにおいて3年間のエイズコミュニティ予防プログラムが、“アメリカエイズ研究財団”(the American Foundation for AIDS Research)の資金提供を受けた。教育と増収プロジェクトが、バーディ、ダヌワール、ターマン、タールーのコミュニティにおいて成功した介入であったが、そこは伝統的にひどく女性が差別されていた。プロジェクトは、リーダーシップトレーニング、権利擁護と識字によって女性の地位の低さに取り組むことを試みた。そして、HIV情報は通常の保健教室の中に統合された。街頭芝居や非形式的な教育のような革新的手段が用いられてきた。
- ・ザンビアでは、女性の魚商人が国連合同エイズ計画の無利子貸付を獲得するための協同組合を作るプロジェクトに支援されてきた。これにより彼女たちの魚や輸送機関へのアクセスをコントロールする猟師やトラック運転手とセックスを交換する必要が減ることだろう。

同様の教育やマイクロ経済のプロジェクトは世界中で見られるが、しばしばその目的は、特に HIV/AIDS 予防あるいはインパクト緩和(彼女たちがインパクトを与えることが可能であるけれども)に関わるものでなく、むしろただ女性の経済資源へのアクセスを改善することである。

ジェンダーに関する問題を扱う組織的機関の設立もまた成功していることが分かっている。成功した機関の3つの主要な要素は、機関の指導者たちによって公約された政治的関与、ジェンダーを扱う方法の開発に対する参加型アプローチ、周辺化(marginalization)を回避するために別々の組織においてではなく、個々のプログラム間のジェンダー部門を結合することである。国の中には次のような女性の権利を推進する組織を設立したところもある。

- ブラジル - “女性の権利に関する国家諮問委員会”(the National Council on Women's Rights)
- 南アフリカ - “女性のための国立事務所”(the Office of State for Women)
- コロンビア - “男女平等のための理事会”(the Directorate for Gender Equity)
- ハイチ - “女性の問題と女性の権利に関する省”(the Ministry of Women's Affairs and Women's Rights)
- ジャマイカ - “ジェンダーと社会公正に関する委員会”(the Commission on Gender and Social Equity)
- ペルー - “女性の権利委員会”(the Women's Rights Commission)
- フィリピン - “フィリピン女性の役割に関する国家委員会”(National Commission on the Role of Filipino Women)

南アフリカにおいては、国家的なジェンダーの枠組みを監視する独立したジェンダー委員会の設立と同様にいくつかの省庁の中にもジェンダー部門が設置された。クロスカッティング(横断的)な課題としてジェンダーを扱うことが、国家エイズプログラム成功の要素であった。ウガンダでは、

ジェンダーは、エイズ委員会への多部署的アプローチの中心であった。マラウィでは、“国連ジェンダー作業部会” (the UN Gender Working Group) が“国連合同ジェンダー政策宣言” (the UN Joint Gender Policy Statement) を“貧困軽減プログラムのための国家政策の枠組み” (the National Policy Framework for Poverty Alleviation programme) を支援するために発表した。

法改正

法改正は女性の地位向上のためのキャンペーンの鍵となる要素である。女性に関する現行法のインパクトに対する国家的調査が、ケニア [対策委員会が 1993 年に設立され、エフイー・オウオル判事 (Judge Effie Owuor) が率いた] やマラウィのような国で行われた。生殖に関する権利は、チリ、メキシコ、南アフリカのような国においては憲法で明白に保証されている。スリランカでは、政府によって承認された女性の憲章は、女性の生殖に関する生活をコントロールする権利を認めている。遺産相続の分野における法改正は、マラウィ、タンザニア、ザンビアで成果をあげている。ウガンダではアコード (ACORD) と呼ばれる NGO が、“ウガンダ女性弁護士協会” (the Ugandan Women Lawyers Association) とともに土地所有権と相続の問題に関して仕事をしている。それは、女性が、配偶者をエイズで亡くした後も財産を維持できるようにするためである。“アフリカの法律と開発における女性” という NGO は、そのような法律を翻訳し、法律関係者 (paralegals) に女性に自分たちの権利について学べるようにトレーニングをしている。インドでは、“アジアセンター” (the Asian Centre) が“機関研究” (Organization Research, ACORD) のために、開発過程における女性の貢献に関するトレーニング・コースを運営した。それは、低所得地域の草の根機関とともに仕事をする人々を敏感にするためであった。プロジェクトの評価によって、参加者の知識、自信、自尊心の増大が示された。それは、態度や認識の変容に最大のインパクトを与える法的権利に関する基準に基づいて評価された。

国連人口基金は、女性性器切除 (FGM) の結果とともに生きている女性を 1 億 3,000 万人と推定した。カイロにおける“国際人口・開発会議” (the International Conference on Population and Development, ICPD) は女性性器切除は女性の人権の侵害であり、女性の健康の生涯の脅威であると宣言した。殺菌していない道具を使用するリスクの他にも、女性性器切除の傷痕は、セックスや出産時に増大する傷や裂け目のために HIV に感染しやすくする。コートジボアールのようにその慣習を禁止することによって対応した国もある。毎年、2 百万人の少女が従っている女性性器切除をなくすキャンペーンが、いくつかの NGO によって敏感に扱われている。

- ケニアでは、女性の機関“マエンデレーオ・ヤ・ワナワーケ” (Maendeleo ya Wanawake) がコミュニティに基づいたプログラムを開発した。
- ウガンダでは、生殖・教育・コミュニティヘルスプログラムが、価値観を損ねることなく慣習を変えられることを示した。
- 1995 年、“ガーナ女性福祉協会” (the Ghanaian Association on Women's Welfare) が女性性器切除を犯罪とするキャンペーンに成功し、そのような慣習を終わらせるべくコミュニティ教育を続けている。
- ナイジェリアでは、NGO や保健省、法務省、国際機関を含む多部署間作業部会が、女性性器切除を終わらせる国家政策と行動計画を開発した。

法律の制定と同様に強化も重要な問題である。多くの国が、公的な教育キャンペーン（例：ブラジル）、法律（例：ボリビア、コスタリカ、エクアドル、パナマ）、そして警察と女性 NGO を連携させることを通じて家庭内暴力（domestic violence）を減少させようと試みている。たとえばインドのように、女性警察官が家庭内暴力と性的暴行部門で働いている国もあるが、それはその部門を敏感にし犠牲者がアクセスしやすいようにするためである。

ヘルスケア

生殖・家族計画サービスの枠組みの中に、HIV/AIDS 予防と性感染症診断・治療を統合することは重要な問題である。身体的な痛み深さやヘルスケアは男性に優先権があるというような規範は、女性がヘルスサービスを受ける障壁となっている。結果的に性器の炎症や病変を伴う未診断の性感染症は HIV 感染率を高める。ジェンダーについて敏感にすることに関連した最良の対策例として“ブラジル家族福祉のための市民社会”（Sociedade Civil Bem-estar Familiar do Brasil、BEMFAM）が挙げられる。それは、健康や幸福を全体として包括的な視点で顧客にアプローチする。ボリビアでは、2つのよく似たクリニックが開設されている。“女性の家”（Casa de la Mujer）クリニックは、リプロダクティブヘルスサービス、法的アドバイス、心理的ケア、教育、栄養、予防保健、市民権、職業訓練を提供している。“女性のための情報・開発センター/女性の健康”（Centoro de Informacion y Desarrollo de la Mujer (CIDEM)/Kumar Warmi）クリニックは、女性の健康の生物学的、法的、精神的、社会文化的側面から、統合的な無料もしくは、低料金のサービスを提供している。

IV HIV/AIDS 流行とジェンダー、人権をめぐる最近の動向

Gollub は、1996 年以降、HIV の新規感染者数もエイズによる死亡者数も減少している米国においても、女性は男性ほどにその恩恵を享受しておらず、とりわけ黒人やヒスパニック系の女性は依然として HIV/AIDS の高いリスクに曝されていると報告した（8）。また、女性の感染者は注射麻薬使用者であれば、常に滅菌した注射針・注射筒を使用しており、男性パートナーとの性交による感染であったとしても感染経路別では注射麻薬使用に分類されている。彼女たちの性的パートナーの多くはやはり麻薬使用者であるが、暴力的な性行為を強要されていることも少なくないにも関わらず、こういう状況に対して公衆衛生当局の無関心や懲罰的傾向にある社会福祉政策が問題であるとしている。

さらに、Gollub は女性用コンドームや殺精子剤などの女性が自分でできる予防策に対して当局が無関心であると指摘し、この原因を「女性が自分で自分の身体を管理しようとするのは危険である」という父親的温情主義としている。ドメスティック・バイオレンス（夫や恋人などの親しい男性から女性への暴力）や父親的温情主義のようなジェンダーの問題と、それにとまなう人権侵害が貧しい女性の HIV/AIDS に対する脆弱性を高めていると分析した。

他にも抗レトロウイルス剤の治験に参加できなかつたり、末期になると積極的な治療を受けられない場合も政治的に弱い立場の女性たちにはあるとしている。国連共同エイズ計画は、HIV 予防ワクチン治験についての倫理ガイドライン 17 において、女性は将来の HIV 予防ワクチンの接種者なの

で、女性にとっての安全性、免疫原性、効果を明らかにするために、しかるべき情報とインフォームド・チョイスを与えられた後に治験に参加すべきであると定めている (9)。

おわりに

WHO/GPA 初代事務局長であった故ジョナサン・マン博士は、女性の意思決定を制限するものとして社会的リスク要因 (societal risk factor) という概念を唱えた。それは、政治、社会、経済、文化的要因を含む概念である。

下記に紹介するのは、WHO/CIOMS 会長であるジョン・ブライアント教授が、ボツワナの女性エイズ患者のひとりに寄せて書かれた詩である。詩にうたわれたひとりのボツワナ女性が人間としての尊厳に満ちながら生きれるために、わたしたちはジェンダーの力関係やコミュニティ、政府の構造の変化、宗教的信念の変化など複雑な社会的要因 (societal factor) に取り組んでいかねばならないだろう。HIV/AIDS 感染者あるいは感染のリスクにある人、あるいは集団に対して、病気の苦しみ以外に何重もの人権侵害を重ねることは許されないのである。

?LIFE?

This is life?
Or some distortion?
Sickness by itself,
even if the end, would be bearable.
But this sickness,
that isolates, diminishes, separates us,
From those we love, belong with,
should not be on this earth.
It shatters our being, wounds our soul,
robs us, even of ourselves.
This life, lacking hope,
is an empty shadow.
Don't leave me, God; take me,
to the peace of oblivion.

John H. Bryant (President, WHO/CIOMS)
April 1995 Gaborone, Botswana

(訳) これは人生か、
はたまた何かのひずみともいうべきものか
病そのものには末期であれ耐えましょう
耐えがたきはこの病
愛しい者と大地からわれらを引き裂き、奪いつくさんとす
地上に存在すべからざる病
それはわれらの存在を封じ込め、魂を裂き
われらをその存在もろとも根絶やしにせんとす
この人生、希望を絶たれ、空虚な影にも似て
ああ神よ、われを置き去りにしたもうことなかれ

忘却の彼方へ導きたまえ

ジョン・H・ブライアント (WHO/CIOMS 会長) 作

ボツワナ、ガボロン於 1995 年 4 月

木本絹子 訳

参考文献

- (1) UNAIDS. AIDS Epidemic Update December 1999
- (2) UNAIDS. Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes 1999
- (3) HR/PUB/98/1.
- (4) UNAIDS/IPU. Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights 1999
- (5) Bruyn M.N.(1992) Women and AIDS in developing countries. *SS&M* 34(3)249-262
- (6) 山崎修道, 木原正博監訳. エイズパンデミック. 日本学会事務センター 1998
- (7) UNAIDS. Agenda for Action 1995
- (8) Collub EL. Human Rights Is a US Problem, Too: The Case of Women and HIV. *Am J Public Health*. 1999;89:1479-1482
- (9) UNAIDS. Ethical considerations in HIV preventive vaccine research 2000

HIV 感染症における人権に関する海外 Position paper の紹介

浅井 篤 大西 基喜

1 目的

今回は海外の HIV 感染症における人権に関するガイドラインを調査する一貫として、HIV 感染症についての海外ポジションペーパーを要約し紹介した。

2 方法

MEDILINE、BIOETHICSLINE、およびAIDSLINE を利用しコンピューター検索を行った。human rights, guidelines, policy, ethics, position paper をキーワードとした。また筆者らや班員の個人所蔵の書籍や文献も利用した。

3 制約

今回のポジションペーパーのレビューには以下のような幾つかの制約がある。

- 1) 英語で出版されているポジションペーパーのみを取り上げており、他の言語のものは含まれていない。したがって非英語圏の学会の態度などは明らかになっていない。また、MEDILINE、BIOETHICSLINE、およびAIDSLINE に登録していない雑誌については検索できていない。
- 2) ポジションペーパーは、医療従事者の職業団体、主に医師団体によるものが主であり、他の職種に関するデータは十分に集まっていない。また、米国やカナダから出されているものが主であった。
- 3) 今回の検索では、職業団体の職業的規範についての表明を中心としたため、記述倫理的な実態調査については扱っていない。

4 既成ガイドライン、倫理的提言、コンセンサスの紹介

1) 医師会・その他の協会

The Goals of Medicine Setting New Priorities Hasting Center Report 1996, Nov-Dec. suppl. S1-S27.

これは Hasting Center 主催による国際プロジェクトであり、各国から集まった代表的倫理学者らが医療の目的についての議論を行った。以下にその要約を挙げる。

医療の四大目標

- ・ 疾病、傷害の予防と健康の維持促進
- ・ 疾病や障害 (maladies) にとって引き起こされる苦痛の緩和
- ・ 疾病や障害を持つ人々の治療とケア、治癒させることができない疾病や障害を持つ人々に対するケア
- ・ 寿命のまっとう (the avoidance of premature death) と穏やかな死の追及 (the pursuit of a peaceful death)

具体的に上記の目的を達成する方法

- ・ 生命医学的研究
- ・ 最も脆弱な人々の要求に応えることができる医療制度の設計
- ・ 医学教育 (死は不可避、不治の疾患が存在する、"diagnose and treat" model からの脱却)

The Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights: Health and Human Rights

A Call to Action on the 50th Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. JAMA 1998; 280; 462-464.

これは米国の人権擁護グループによる論文であり、世界人権宣言以降の50年間の世界の人権に関する問題を分析している。そして、適切な医療提供と人権擁護には密接な関係があると述べている。

医療における尊厳と権利の平等に関しては、患者の尊厳の拒否、差別、女性に対する抑圧、権利を侵害する健康政策、社会政策によって医学従事者が患者の必要に応じた医学的に独立した判断ができない、などの問題を挙げている。また、非倫理的な臨床研究がいまなお存在することを指摘している。

その他、いろいろな社会の場面で、拷問を受けない自由が犯されている、表現の自由（医療従事者の独立）が保障されていない、公平で好ましい環境で働く権利の侵害されている、医療を受ける権利が侵されている、教育を受ける権利がない（教育は健康につながる）、環境保護と平和に対する権利が侵されている、などの問題をあげ、医療従事者は人権の普遍性を守り、尊重する上で重要な役割を担っていると結論する。

1973年（1992年改訂） 米国病院協会「患者の権利宣言」

Ruth Macklin: Rights. In: Encyclopedia of Bioethics Revised edition. Reich WT(editor) Macmillan Library References USA, New York 1995, P2305-2316.

この宣言では、医療を受ける人々の基本的な権利が列挙されている。

- 1 患者は丁寧な (respectful care 尊敬の念のこもった) 診療を受ける権利がある。
- 2 患者は現行の医学に関する情報を知る権利がある (current medical information)
- 3 患者はインフォームド・コンセントに必要な情報を知る権利がある。
- 4 患者は治療を拒否する権利がある。
- 5 患者は自らのプライバシーを守る権利がある
- 6 患者は診療の過程で語った自らに関する情報の秘密を守る権利がある。
- 7 患者は診療行為に関する要求を無視されない権利がある。
- 8 患者は自分の診療に関わる他の医療機関についての情報を得る権利がある。
- 9 臨床研究への参加を拒否する権利がある。
- 10 患者は診療を継続する権利がある。
- 11 患者は請求された料金の内容を調べ、説明をうける権利がある。
- 12 患者は病院の管理体制を知る権利がある。
- 13 患者は医療記録を閲覧、入手する権利がある。
- 14 患者は事前指示を使用する権利がある。

American Medical Association Ethical Opinions on HIV/AIDS Issues, Updated June 1996: AMA Principles of Medical Ethics 1996

(on Internet: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/policy/amapol.htm>)

一般

医師は優しさのこもった同情心と人間の尊厳に対する尊敬の念を持って、十分な医療を提供しなければならない。医師は正直でなくてはならず、他の医師の性格や能力の問題点、不正行為を行う者を摘発しなくてはならない。法を遵守しつつ、患者の利益にならない法は変えるよう求める責任がある。医師は患者、同僚、他の医療従事者の権利を尊重すべきである。そして法が定める範囲で患者の秘密を守らなくてはならない。科学知識を研究、適用、進歩させ、患者その他に必要な情報を提供すること。医師は診療行為を行うにあたっては、緊急の場合を除いて、誰に対して医療を提

供し、誰と共に働き、どこで働くか、を自由に選択することができる。

HIV 検査

(編集者記事：AMA の代表団は、妊婦と新生児の強制的抗体検査を承認している。)

抗体検査は可能な限り患者の自律を尊重し、可能な限り秘密保持を保障して行うべきである。抗体検査そのものに対して個別のインフォームド・コンセントが必要で、一般的な治療に対するインフォームド・コンセントのみで抗体検査を行ってはならない。医療従事者が針刺し事故を起こした時は、患者の同意を得なくても、患者が拒否しても、法に従って患者の抗体検査を行ってよい。守秘義務は可能な限り尊重すること。抗体検査前に、患者の秘密保持には限界があることを明示しておくこと。第3者に害が及ぶ可能性が高い場合は秘密保持尊重の例外となる。

HIV 感染者に対する診療を、HIV 陽性という理由や HIV 抗体検査をためらうという理由で拒否してはならない。しかし、最適な治療を行うために HIV 抗体の状態を知ることが極めて重要でその旨を伝えても、患者が抗体検査を拒否する場合には、医師は、その患者を他の医師（抗体検査をしなくても診療を行っても良いと考える医師）に診療依頼することができる。

感染医療従事者

HIV に感染している医療従事者は、患者に HIV を感染させることが確認されている診療行為に関わってはならない。

差別

HIV 抗体の状態に基づく差別は、人種や性差別と同様に不正である。

Position Paper: American College of Physicians and Infectious Diseases Society of America Human Immunodeficiency Virus Infection Clinical Infectious Diseases 1994; 18: 963-973.

米国内科学会と感染症学会の共同の声明である。本文では以下の7つの姿勢に対する詳細な正当化が行われている。

- (1) 診療拒否をしてはならない。
- (2) 患者や患者のパートナーの利益になる場合や、感染の危険を最小限度におさえ一般市民を守るために、抗体検査を強く勧めなくてはならない。
- (3) 医療現場では、感染の危険を最小限にするために必要なあらゆる手段をもちなければならない。
- (4) 感染経路に関する情報を含め、市民に対する教育を行い、感染者に対する差別を緩和させるべきである。
- (5) 患者の秘密は、他者への害を防ぐという義務を犯さない限りにおいて、最大限守られなければならない。
- (6) 患者の性行動に関する完全な情報を入手すべきである。
- (7) 原因、予防、治療、教育、心理経済的な側面に関する研究を進めるべきである。

A Canadian Medical Association Position: AIDS. Canadian medical Association Journal 1989; 140: 64A-64D.

教育

最新の知識の修得と患者と市民への教育は必須である。

資源

すべてのレベルの行政府は、教育と医療へのアクセスを保障しなければならない。

抗体検査

適切な検査を薦める、患者をケアし、または依頼する責任がある。抗体検査前後に前後にカウンセリングを行うべきである。陽性結果がもたらす精神的、社会的、そして経済的な潜在的な害があ

るため、検査に関するインフォームド・コンセントは検査前に行うべきである。しかし献血、臓器提供の場合はインフォームドされた強制的検査を本協会は承認する。患者から要請があった場合は、自発的匿名抗体検査を認める。

秘密保持と感染経路の追跡

HIV、AIDS 症例は匿名で、かつ、疫学的に有用な情報を伴って報告されなければならない。患者の協力を得て、感染者と接触があったすべての人々に秘密にカウンセリングを行わなくてはならない。必要時は感染者に関する詳細な情報を政府機関に報告しなければならないケースがある。感染者が自発的に配偶者やセックスパートナーに感染の事実を知らせない場合、医師が感染者の配偶者やセックスパートナーに検査結果を告げるのは、非倫理的でなくむしろ必要である。以下の条件すべてが満たされる場合（配偶者やセックスパートナーが感染の危険に晒されている、医師による告知以外に知る方法がない、患者が自発的に告げることを拒否している、医師の患者が告知することを助力するという申し出を拒否している、そして医師が患者に、医師自らが配偶者やセックスパートナーに告知する意志を知らせている場合）。協会は患者の秘密保持尊重を促進する。

感染コントロール

医師は診療する患者が感染している事実を知り、感染を避ける権利を有する。協会は病院でのルーチン抗体検査は推奨しない。感染予防のための適切な予算配分を訴える。

診療時の暴露

診療中に感染した医療従事者には、経済的に補償される権利があることを自治体、政府に主張する。感染医療従事者は他の人々同様、差別されない権利がある。感染従事者は仕事の範囲について同僚にコンサルトすることをすすめる。

Australian Medical Association Code of Ethics (1 February 1996) (特に HIV/AIDS に関連する項目のみ列挙)

1. 3 患者に対する責任

患者の個人的背景や疾患によって患者への医療提供を拒否してはならない。

守秘義務を尊重しなさい。しかし他者が危険に曝されている場合や裁判所命令がある場合にはこの限りではない。

自分の道徳感や宗教的信条から、ある特定の診療行為を患者に勧められない場合は、患者にその旨を説明し他の医師が診療にあたるようにしなさい。

自分に専門知識がない疾患を持つ患者については、責任を持って専門家に診療依頼をすべきである。

2) 専門科集団の見解

HIV InSite HIV and AIDS Related Ethical Principles April 1996

University of California, San Francisco, Center for AIDS Prevention Study 主催のホームページ (<http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.423b.html>)

国際的、国家的、共同体（地域社会）、そして個人が HIV/AIDS に対応する時に指針とすべき倫理原則

優しさのこもった同情心（共感、慈悲、援助）

苦痛や不正に対して結束

感染拡大を防ぎ、感染者や関係者をケアする責任

異なった信念、意見、生活習慣をもった感染者に対する寛容

情報へのアクセス保障

すべての人が、危険なセックスを拒否し、家庭内の HIV/AIDS 問題に対処する権限を持つ。

HIV/AIDSに関する社会政策を計画、実施するにあたっての倫理原則

福利・仁恵
平等・正義
判断能力を欠いた場合も含めた個人の尊重
秘密保持
医療従事者の診療義務
インフォームド・コンセント

APA(American Psychiatry Association) Official Actions: AIDS Policy: Guidelines for outpatient psychiatric services American J Psychiatry 1992; 149: 721.

米国精神医学会の公式見解である。

患者ケア

すべての精神科患者は、病状に従って治療をされねばならず、HIV 感染、HIV 抗体陽性の有無、そして感染に対する疑いなどによって、医学的精神科的治療の提供が妨げられてはならない。HIV 抗体陽性の有無に拘わらず、精神科医は患者が感染リスクが高い行為を行なわないようにしなければならない。精神科医は HIV 抗体検査に関するカウンセリングが出来なければならない。また、守秘義務の意義と限界を知っていなければならない。患者が第三者を感染の危険に曝しており、その事実を後者に知らせることに同意しない場合、精神科医はその個人に話すか、公衆衛生当局がそうできるようなアレンジしても、倫理的に許される。HIV 感染症が診療場面で感染する可能性は低いが、すべての関係者が感染の可能性があると考えなくてはならない。精神科医は、患者間、患者からスタッフ、スタッフから患者への感染の危険を最小限におさえる責任がある。

エイズに関する患者教育は重要である。

医学的治療が必要な場合には、感染患者に同意をとって、HIV 感染症の診療にあたる内科医に接触、診療依頼をするべきである。

守秘義務と権利

患者のプライバシーへの権利は尊重されなければならない。患者の HIV 抗体の状態は、直接的に患者の診療に関係するスタッフに対してのみ開示されるべきである。他のクリニックや事務職員に知らされてはならない。また、HIV 抗体の状態に関する地域の条例や規則に精通し、かつ、精神科医が働く医療機関が HIV 抗体検査結果をカルテに残さなければならない場合、患者はその旨を治療開始前に説明されなくてはならない。

APA Official Actions: AIDS Policy: Guidelines for inpatient psychiatric services American J Psychiatry 1992; 149: 722.

特に入院患者についての追加項目のみについて記す。上記外来患者と重複する部分は省略する。HIV 抗体検査は必要時にのみ行い、入院時のスクリーニングとして行なってはならない。入院患者を性行為や needle sharing に巻き込まれる危険から守る方策を立てなくてはならない。精神医学的に入院適応が無い患者を、HIV 抗体が陽性で他者に感染させるかもしれないという理由で、拘束や隔離をしてはならない。HIV 感染入院患者が他者を感染の危険に曝している場合、担当医は適切な処置を行なうべきで、必要なら、当該患者を隔離、拘束すべきである。すべての入院患者が、HIV 抗体の状態に拘わらず、感染危険行為を行なわないよう監督すべきである。医療従事者や患者が、ある個人の血液や他の感染しうる体液に暴露した場合、その個人は自発的抗体検査の対象として扱わなくてはならない。

Supports for children with HIV infection in School: Best practical guidelines. Journal of

School Health 1994; 64: 33-34.

米国の学校保健に関するガイドラインである。

教育現場での準備

HIV 関連問題についての諮問委員会を設置する。HIV 感染者を委員に加える。HIV に感染している学生に関する政策・方針を決定、採択する。スタッフ教育とトレーニングを行なう。学校内の医療スタッフは血液感染症に対する universal precaution を行なう。

学生に HIV 感染予防に関する教育を行なう。

入学の過程

保護者または学生が教育機関に、HIV 感染の有無や他の医学的状態について知らせるかを決定する。いかなる状況においても、保護者や学生が HIV 抗体検査を受けるように要求されたり、HIV 感染の有無を開示するように要求されることはない。

知る権利と秘密保持

学校のほとんどのスタッフは学生の HIV 感染に関する情報を知ることはない。誰が知らされるかを決めるのは保護者、学生の特権である。「知る必要」、「知る権利」は通常、学校のスタッフには適応されない。家族の判断で知らされた HIV 感染に関する情報は、秘密として扱うべきである。学生の HIV 感染についての情報は、学業や健康に関する記録、保護者や学生が知るべきだと判断した以外の学校スタッフがアクセスできるような書類にも記録されるべきでない。スクール・ナース、カウンセラー、医師らによって記録された HIV に感染している学生の健康記録は、施錠できるファイルに保存されなければならない。

適切なサービスの保証

HIV 感染の有無によって学生が、教育活動から排除されたり分離されてはならない。学校内での HIV 感染症に対する秘密の医療サービスが提供されなくてはならない。他の感染症の存在は、全保護者に通知されなくてはならない。HIV 感染や HIV 抗体検査に関するカウンセリングが適切に訓練されたスクール・ナースらによって提供されなくてはならない。

その他

個々の学生が属している文化に配慮した情報提供が行なわれなければならない。学校の教師、学校における医療スタッフ、その他のスタッフは、HIV 感染の有無に関係なく、雇用と秘密保持に対する権利を有する。たとえ彼らが自分が HIV に感染していることを学生や他のスタッフに開示しても、それによって雇用が左右されてはならない。

HIV infection and AIDS in adolescents A position paper for the society for adolescent medicine
Journal of adolescent health 1994; 15: 427-434.

米国の思春期医学協会の公式見解の要約である。

10代の若者の HIV 感染症の問題の程度を正確に明示する。HIV 感染者または感染リスクの高い若者を特に対象とした体系的な思春期ケアを発展させる。思春期の若者に対するカウンセリングと自発的で秘密が保持された HIV 抗体検査、または匿名検査を確立する。

思春期の特定の集団（ゲイやホームレスその他）に必要なものをあらゆるレベルで強調する。これらの若者が診療を受けることを困難にしている経済的、制度的な障害を取り除く。予防が流行制圧のベストの方法であることを確認し、思春期の若者に対して特にふさわしい方法で行なう。これらのことを達成するための研究を継続し、そのための予算は私的公的機関から提供されなくてはならない。

SHEA (Society of Healthcare of America) position papers: Management of healthcare workers infected with Hepatitis B virus, Hepatitis C virus, Human immunodeficiency virus or other

要約

HIVに感染した医療従事者は、二重に手袋をはめ感染予防に努めるが、適切な予防手技にも拘わらず感染が生じるという疫学的な証拠がないかぎり、いかなる診療行為からも排除されるべきでない。血液を介して感染する病原体に関する包括的な教育はすべての医療従事者に対して行なわれるべきで、感染しているものに対してのものに強制的に行なわれるべきではない。また血液を介して感染する病原体に感染している医療従事者に対して、その手技能力を特に監視することに反対する。我々は医療従事者のプライバシーと秘密保持の重要性を強調する。また、医療従事者に対する強制的ルーチン HIV 抗体検査に反対する。

個々の問題と SHEA の立場 (議論、正当化は本文参照)

血液を介して感染する病原体に感染している医療従事者 (以後感染従事者と記す) は診療行為をしても良いか?

すべての血液や体液は感染性があるとみなすべきで、患者がそれらに接触することは厳に避けられなくてはならない。感染従事者が感染しているというだけで、その診療活動が制限されるべきではない。

もし診療行為が制限されるなら、どのようなガイドラインに従うか? 感染従事者は教育や手技能力の監視などに関して、どのように扱われるべきか?

高度な手技が必要とされる医療従事者すべてに適応される監視や教育ガイドラインに基づく。

感染従事者のプライバシー保護や秘密保持のために、どのような方策を採るべきか?

感染従事者が、患者に対して自分の感染の事実を開示しなければならないような状況はあるか? 感染従事者が、患者から直接、感染の有無について尋ねられた場合、どのように対応するべきか? 感染従事者と共に働く医療従事者は、同僚の感染について「知る必要」や「知る権利」があるか?

医療従事者のプライバシーは最大限に保護されなくてはならない。患者が感染従事者の血液や体液に明らかに暴露したという例外的な状況を除き、感染従事者の感染事実を患者に開示するよう要求されるべきではない。患者から直接、感染の有無について尋ねられた場合ははっきり回答せず、施設のマネージャーに対応を委ねる。同僚の感染について「知る必要」や「知る権利」はない。

医療従事者の血液やその他の体液に患者が暴露した場合、どのように対処すべきか? 患者が医療従事者の血液に暴露した場合、医療従事者は血液を介して感染する病原体の検査を要求されるか? 不慮の血液暴露 (医療従事者から患者) は、血液暴露の事実を知らされるべきか? 不慮に血液に暴露した患者は、ベースラインの血清学的検査を要求されるか?

不慮に血液に暴露した患者は、どのように追跡されるべきか?

医療従事者が暴露源 (source) になった場合には、血液を介して感染する病原体に関する血清学的検査を受ける倫理的義務がある。医療従事者からの不慮の血液暴露に会った患者は、その事実を直ちに知らされ、暴露源になった医療従事者の血液を介して感染する病原体に関する血清学的検査の結果の報告を受け、専門家のカウンセリングを受け、暴露後の感染予防策を提供されなくてはならない。患者の血液検査に際しては同意を取らなくてはならない。また経過観察についてもカウンセリングを提供されるべきである。

医療従事者は定期的な HIV 抗体検査を受けるべきか?

医療従事者は定期的な HIV 抗体検査スクリーニングを受ける必要は無い。しかし、血液を介して感染する病原体に暴露した医療従事者は抗体検査と追跡観察をするように奨励されるべきである。医療従事者が診療に携わる場合に、彼らが血液を介して感染する病原体に感染していないことが前提になるような状況があり得るか、あるなら、医療従事者に対する強制的 HIV 抗体スクリーニング検査が行なわれるべきか?

強制的検査は正当化されない。しかし、自分が重大な感染源になり得ると認識している医療従事