



ケアの政治学 —アジア・アフリカ地域社会からの視座—

The Politics of Care  
within the Context of Asian and African Area Studies

西 真如 Makoto Nishi

Kyoto Working Papers on Area Studies No.119  
(G-COE Series 117)

July 2011

このグローバル COE ワーキングペーパーシリーズは、下記 G-COE ウェブサイトで閲覧する事が出来ます  
(Japanese webpage)

[http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/staticpages/index.php/working\\_papers](http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/staticpages/index.php/working_papers)

(English webpage)

[http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/en/staticpages/index.php/working\\_papers\\_en](http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/en/staticpages/index.php/working_papers_en)

©2011

〒606-8501

京都市左京区吉田下阿達町 46

京都大学東南アジア研究所

無断複写・複製・転載を禁ず

ISBN978-4901668910

論文の中で示された内容や意見は、著者個人のものであり、  
東南アジア研究所の見解を示すものではありません。

このワーキングペーパーは、JSPS グローバル COE プログラム (E-4) :  
生存基盤持続型の発展を目指す地域研究拠点 の援助によって出版されたものです。

ケアの政治学  
—アジア・アフリカ地域社会からの視座—  
The Politics of Care  
within the Context of Asian and African Area Studies

西 真如

Kyoto Working Papers on Area Studies No.119  
JSPS Global COE Program Series 117  
In Search of Sustainable Humansphere in Asia and Africa

July 2011

# ケアの政治学

## －アジア・アフリカ地域社会からの視座－

西真如\*

The Politics of Care within the Context of Asian and African Area Studies

Makoto Nishi\*

### 1. はじめに－ケアしないアフリカ？

ケアしないアフリカというイメージ、つまりアフリカの諸社会で生活する人びとはその貧しさ故に他者を顧みる余裕がなく、弱い者を放置しているという想像は、日本および世界で広く受け容れられている。このような想像は、例えば「アフリカではエイズとわかった子供に親は食事をやらない場合がある。元気な子にも十分与えられないのに、助からない子に回す分はない」<sup>1</sup>というような発言が、著名な文化人によってなされることによって強化される。またアフリカにおいては、障害を「呪い」や「罪」と結びつける考えのために、障害者が社会から隠蔽され悲惨な状態に置かれているという言説が、国際機関の報告書等によって支持されてきた。しかし実際にアフリカでフィールドワークを行った研究者の中には、こうした理解はアフリカの障害者が置かれた現実を正確に反映していないと考える者もいる [Ingstad 1995; 戸田 2011]。

ケアしないアフリカという想像は、単に個人や個々の組織による素朴な「誤解」であるに止まらず、私たちが世界を理解するための思考の枠組みの中に組み込まれてきた。例えば社会の持続性に関連した重要な指標の一つに、出生率がある。アフリカの諸社会における高い出生率は、避妊と家族計画に対する頑迷な抵抗、女性の教育水準の低さなどによって説明されてきた。要するにそれは、政府の失敗および人びとの無知と結びつけられてきたのである。その背景にあるのは、彼らは自分たちの将来さえ気につけない（ケアしない）ほど無思慮なのだという通念だろう。

出生率の問題については、異なる視点を示した研究もある。例えば佐藤は、エチオピアのマジャンギル社会から得られたデータを他の社会のものと比較しつつ、異なる生業をとる人びとのあいだで出生率が顕著に異なることに注意を促している。社会の成員が「一人前になる」（生業を身につける）ために高度の知識と高い熟練を要するところでは、晩婚と低出生率が特徴となり、他方で比較的容易に生業知識を身につけられる（そして非熟練労働力が重要である）ところでは、早婚と高出生率が特徴となるのだという。前者は、例えば（マジャン

---

\* 京都大学東南アジア研究所/Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University, nishi@cseas.kyoto-u.ac.jp

<sup>1</sup> 「世界に目を甘え捨てよ」『日本経済新聞』2009年3月11日付夕刊。

ギルのような) 焼畑社会や狩猟採集社会、あるいは(現代日本のような) 高度情報社会であり、後者は、例えば農耕社会である [佐藤(廉) 2009]。佐藤の仮説が興味深いのは、出生率の違いを(人びとの無知ではなく) 人びとの生業に関する知識によって基礎づけようとするものだからである。

とはいえ、出産と育児に関する個々の決定には、生業知識のほかにも多くの要素が絡んでいるはずである。近年、エチオピアの都市部でも家族計画の考え方が普及しており、「子どもはふたりだけ」と決めているカップルに出会うことは少なくない。ところが、そうしたカップルのひとつを久しぶりに訪ねてみると、母親が三人目の子どもをおなかに宿していたことがある。「二人のつもりだったけど、上の子が大きくなると何だか寂しくて、もうひとり欲しくなったんだ」というのが、その両親の言い訳である。ここで、彼らはなぜ教えられた家族計画を遵守しないのかと問う代わりに、彼らのことばを次の発言と比べてみよう。「治安状況が完璧になるのを待つのは、子づくりの時期をあれこれ悩むのと同じようなものだ。最高のタイミングなど、いつまでたっても訪れない」。『ニューズウィーク』誌によれば、これはアフガニスタンの治安状況がどれくらい改善すれば、米軍が撤退できるのかという問いに対する「欧米の外交筋」の発言である<sup>2</sup>。アフガニスタン駐留軍が経験している困難を、欧米の日常生活の文脈に置き換えることで市民の共感を得るためには、育児する両親が経験する困難を思い起こさせるのが良い、ということであるらしい。

この発言の中味に共感できるかどうかは別として、日本で育児を経験した者ならば、発言の背景は了解しうるだろう。育児の現場は時として「戦場」のように感じられる。もちろんエチオピアの母親にとっても、育児はたいへんな重労働であり、子を儲けることが人生の重荷になる場合もある。しかしそれでも、育児に関わる労働が核家族の成員に押しつけられている社会とは違って、より広いネットワークの中で子育てがおこなわれるエチオピアのような社会で暮らす人びとにとっては、出産し育児することが、ある意味でアフガニスタンにおける軍事作戦と似ていることなど思いもよらないことかも知れない。

人口増加が人類にとっての脅威と見なされているときには、アジア・アフリカ地域における出生率の高さは、解決すべき問題とされる。目の前にある危機にもかかわらず、なぜそんなに多く生んでしまうのかという問いが繰り返される。しかし現在、グローバルな人口は、定常化へと向かいつつあるように思われる。いくつかの国や地域においては、人口の減少が現実の問題となっており、こうした社会においては出生率の回復が容易ではないことが知られている。そこで、つぎのようなことが問われても良いだろう。高い出生率を維持している社会とそうではない社会との違いは何か。別の言い方をすれば、ある社会で生きる人たちは、どのようにして高い出生率を維持しているのか。

上述の佐藤の議論は、人びとの生産活動に規定されるものとして、人びとの関係や社会の諸制度を理解しようという前提にもとづいている。これに対して本稿では、人びとのケアの実践およびケアの倫理が、その社会における人びとの関係性、社会の諸制度をどのように規定しているかという問題を取り扱う。高い出生率を維持できる社会とそうでない社会との違いに関して言えば、共住集団が細分化され、しかも生物学上の母親に育児の負担が集中しが

---

<sup>2</sup> 「アフガン戦争の終わらせ方」『ニューズウィーク (日本版)』2010年7月14日, p27.

ちな社会と、共住集団の規模が大きく、その上に世帯を超えて拡大家族や親族、地域住民の手によって子育てがおこなわれるような社会とでは、社会全体が有する育児のキャパシティに大きな違いがあるように思われる。ある社会におけるケアの量的なキャパシティを決定するのは、ケアを必要とする特定の誰か（幼児、老人、病者）に対して得られる「手」の数であると言って差し支えないだろう。共住集団の規模は、その重要な指標のひとつと考えられる。共住集団が小さく、地域住民の手も期待できない社会は、そのままではケアのキャパシティが低いと、国家がその運営に関与するケアの諸制度（例えば介護保険）が、ケアの実践を補完する役割を担うことになるだろう。

## 2. 本稿の目的と構成

本稿の目的は、アジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践に関して、新たな分析の枠組みの可能性を提起することにある。生産性の向上を社会の中心的な課題とする知的枠組みのもとでは、どんなに好意的に見てもせいぜい「発展途上の」社会であるアジア・アフリカ諸社会は、しかし「生存」の視座 [杉原 2010:2] からは、豊かなケアの倫理と実践のネットワークを有する社会として認識されるというのが、本稿の前提となる仮説である。別の言い方をすれば、温帯諸社会が生産の論理に傾斜しているのに対して、アジア・アフリカ諸社会は、ケアの倫理に傾斜していると考えて良いのではないか。本稿におけるもうひとつの想定は、ケアのキャパシティが高い社会では単に子育てがしやすいというだけではなく、「障老病死」<sup>3</sup>ということばで表現されるような、人びとがそのライフサイクルの上で経験する問題について、高いレジリエンスを示すだろうということである。

ただしケアの実践について論じるからといって、出生率の高さや共住集団の大きさに価値があるということを本稿で主張したいわけではない。それらはケアのキャパシティに関する指標であり得るが、それ自体に価値があるわけではない。かといって本稿では、社会全体が有するケアの量的なキャパシティを計測することが中心的な課題なものはない。上述の通り、ケアする「手」の数を数えることも重要だが、本稿の目的は別にある。

本稿の目的は第一に、アジア・アフリカ諸社会において、いかなる倫理がケアの実践を支えているのか考察を試みることである。ケアの倫理とは、「具体的な他者の生への配慮／関心をメディアとするある程度持続的な関係性」 [齋藤 2003: vi] に価値を付与するような倫理であると言えることができる。ケアの倫理 (the ethics of care) はもともと、ケア・フェミニストと呼ばれる一群の研究者たちによって提起されてきた概念であり、私たちの社会における支配的な価値観、すなわち生産労働にだけ社会的な価値を付与する考え方や、その前提となる（新）自由主義的な価値観への対抗言説としてとらえることができる [Frazer 1997: 51-62; Hughes 2002: 76-81]。

ノディングズやギリガンといった代表的な論者によれば、ケアの倫理は欧米社会において伝統的にケアの担い手とされる女性によって築かれてきたものである [Gilligan 1993; Noddings 2003]。結果としてケアの倫理は、近代的な核家族のありかたと密接に結びつけら

---

<sup>3</sup> これに近い表現としては、立岩がやや異なる文脈で用いている「障老病異」がある [立岩他 2009]。

れてきた。しかしアジア・アフリカ諸社会においては、ケアの実践は必ずしも女性だけのものではなく、またケアの関係は、核家族の範疇を超えて、より広い社会関係の中に埋め込まれている。アジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践を理解するためには、単に個人と個人との関係を見直すということではなく、人格、自己および他者の概念およびそこに付与される価値についてのラディカルな問い直しが必要である。本稿では、文化人類学やケア・フェミニズムの成果を検討することを経て、アジア・アフリカ諸社会におけるケアの倫理について考察したい。

本稿の第二の目的は、地域社会におけるケアの政治学に目を向けることである。アジア・アフリカの地域社会におけるフィールドワークにもとづいた近年の研究成果は、これら社会が育児 [佐藤(奈) 2009; Takada 2010] や高齢者の介護と看取り [岩佐 2011; 中村 2011]、身体障害者のケア [戸田 2011; 吉村 2011] といった局面において、豊かなケアを提供する基盤となっていることを示している。このことを踏まえて本稿で問題にしたいのは、いわばケアの「承認と配分」[Frazer 1997] に関わる問題である。別の言い方をすれば、ケアする者は誰で、ケアされる者は誰なのかという問題である。いくら手厚いケアがなされていても、ケア労働が少数の「献身的な」人たちに押しつけられている社会は、民主的な社会とは言えない。またケアされる者について、手厚いケアを受けることができる者もいれば、そうではない者もいるだろう。社会全体が有するケアのキャパシティが大きいたとしても、ケアが公正に配分されないような社会は、人間の生存を持続的に支える社会とは言えない。「健康」でかつ「能力のある」者の生存が保障され、他の者が排除されているような社会では、誰のための生存基盤なのかという問いが提起される。

本稿の構成は、次の通りである。第3章では、本稿でケアの倫理およびケアの政治学と呼ぶ概念を、生存基盤持続型の社会を構築するための重要な倫理的・論理的基盤として位置づける。このため、いわゆるケア・フェミニストの議論を中心として、関連する論者の議論を検討する。第4章では、アジア・アフリカ諸社会で実施されたフィールド調査を踏まえ、食糧の分与、子育て、やまいと障害、老いと死といった諸局面における、人びとのケアの実践について考察する。といっても、多様なケアの実践に関する研究の蓄積を網羅的に論じることにはできないので、幾つかの事例を取り上げながら、本稿の目的の範囲で検討することにする。この考察を踏まえて第5章では、欧米社会の文脈でなされてきたケア論を再検討し、アジア・アフリカ諸社会を前提としたケアの倫理およびケアの政治学の視座を提起する。

ケアの実践に関する検討に移る前に、ここでケアという用語の本稿における使い方を限定しておきたい。本稿の第1章では、あえてケアということばの意味を広く捉えて提示したが、本稿の以下の記述では、人格間の直接的な関係において、具体的な行為を伴っている場合のみ、ケアの実践ということばを用いたい。ノディングズは、ある者が他の者の健康や精神的な状態について内心たいへん心配しているが、具体的な行動に移せないでいる、という状況について、そこではケアの実践が「ケアされる者の中で完結していない」と述べている [Noddings 2003: 10-11]。ケアする者とケアされる者の間に具体的なコミュニケーションがなければ、ケアの実践は完結しないのである。

次に、もう少し込み入った例を挙げてみたい。アフリカにおけるエイズ撲滅のために著名なロック・スターであるボノが提唱した始まった **PRODUCT RED** というキャンペーンがある。

このキャンペーンに登録された特定の商品（スターバックス社のコーヒーや、アップル社の iPod）を購入すると、その一部分が「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」に拠出されるというものである。PRODUCT RED を購入する消費者は、アフリカの HIV 陽性者に対する配慮にもとづいて具体的に行動し、陽性者はその善意の一部を、彼らの治療に欠かせない薬というかたちで受け取るであろう。これは完結したケアの実践ではないだろうか？ しかし本稿では、このような行動をケアの実践とは呼ばないことにする。この行動は、消費者個人が示す、HIV 陽性者一般に対する配慮によって成立しているのもであって、人格間の直接的な関係を前提としないからである（PRODUCT RED キャンペーンについては、稲場の批判的な考察を参照 [稲場 2008: 35-38]）。

本稿でいうケアの実践は、市場や「感染症対策官僚」[稲葉 2008: 67] の関与を待たずに成立しうるような行為であるという意味で、人格間の直接的な関係として定義される。次章で論じるように、人格間の直接的な関係から導かれるケアの倫理は、「個人の一般に対する配慮」とは全く異なる価値を指し示すものなのである。ただし、これはあくまで本稿の分析の手段としてケアをそのように定義するということであって、実際のケアの現場に市場や官僚的な諸制度が関与していることを否定するつもりはないことは、明確にしておきたい。実際にはその逆であって、ケアの実践をサポートするような制度や市場の展開が重要なのである。

### 3. 議論の文脈—生存基盤持続型社会とケアの倫理

#### 3.1. 生産する市民からケアする市民へ

杉原は、持続型生存基盤パラダイムの構築に寄与する視座の転換のひとつとして、「生産から生存へ」の転換を挙げている [杉原 2010: 2, 10-16]。もちろんこの転換は、もはや生産力の確保という問題を考える必要がないという意味ではないし、人口の維持とその厚生を図るための、地球圏および生命圏への働きかけを放棄すべきであるということでもない。生産の論理によって人間圏を理解するやりかたを改め、生産、配分、消費、再生産にかかわるすべての活動を、「生存基盤」の条件として理解せねばならないということである [杉原 2010: 12; 速水 2009]。

ここで問題となるのは、社会の主流を占める「生産の論理」 [杉原 2010: 10-12] に代わって、生存基盤の諸領域を統合的に把握することを可能にするような、新たな規範の枠組みをどのように構想するかということである。この規範は、生産と再生産の領域に通用するものでなければならないし、同時に公共圏と親密圏の領域に広がるものでなければならない [杉原 2010: 11-12]。本稿では、生存基盤パラダイムの構築に寄与する規範枠組みのひとつとして、ケアの倫理を提起したい。齋藤は、「具体的な他者の生への配慮／関心をメディアとするある程度持続的な関係性」および「生の保障／生きる場の保障をめぐる政治」について述べている [齋藤 2003: vi]。本稿で「ケアの倫理」と呼ぶものは、自己と他者の生存に対する配慮にもとづく規範に他ならないのであり、他者への配慮にもとづく持続的な関係性は、持続的な生存基盤の不可欠の条件をなすものである。また自己と他者の生存を保障するために配慮の関係性をつくりだし、維持することへの要求は、「ケアの政治」へと結びついてゆく。もちろん他者の生存に対する配慮は、それが「一般論」として述べられる限りにおいては誰も



反論しないだろうし、個人の自由な意志あるいは「自発的な善意」によって行われる限りは、誰も負担に感じないだろう。目の前にいる他者に関わることから「逃れられない」とき、それは重荷になりうるし、あるいは配慮を必要としないと考えていた他者から「不相応な」要求をされるとき、それは政治になりうるのである。

ケアを理念的な支柱として社会の諸制度を再構築する試みは、既に広井が一連の著作で進めている [広井 2000; 2010]。広井の議論は、制度論としては非常に学ぶべきところが多い。しかしこれは日本社会が抱える問題を前提とした議論であり、本稿とは前提が異なるということとは別に、広井のケア論には次のような疑問がある。広井が描くケアの見取り図 [広井 2010: 4] は、ふたつの軸（ローカル・ナショナル・グローバルの軸と、公-共-私の軸）によって、社会の全領域をカバーしているかのように見えるが、実際にはケアの倫理的・政治的な側面について、幅広い議論の余地がある。これはケアを効果的に供給するような制度の設計には有効でも、ある者が他の者とケアの関係を築く上での、様々な困難を読み解いてゆくためには不十分である。別の言い方をすれば、ケアの諸制度の下での人びとの実践を支える、倫理的な裏づけに関する議論の余地がある。人間は「ケアする動物」[広井 2000:16-18] であるという包摂的な理解は、広井がケアの枠組みを構想するために役立っているように見えて、実際にはケアの倫理およびケアの政治への接近を困難にしているかも知れない（このことは 3.2 で改めて述べる）。

ケアの倫理と政治に関する議論にもとづきながら、オルタナティブな社会のあり方を構想している例としては、政治哲学者のナンシー・フレイザーによる *universal care giver model* の議論を挙げることができる。フレイザーが言うように、生産活動に従事すること、すなわち「稼ぎ手」であることが市民にとっての普遍的な価値とされるような社会では、ケア労働は固有の価値を持たず、市民にふさわしい労働や活動をなすことへの障害としてしか認識されない [Frazer 1997: 54-55]。そこで彼女は、脱工業化福祉国家が目指すべき理念的モデルとして、すべての市民がケアの担い手であるような社会を提起している [Frazer 1997: 59-62]。フレイザーによれば、そこではすべての雇用は、誰もが労働者であると同時にケアする者であるという前提で設計されている。またケア労働の中には、依然として世帯内で行われるものもあるが、ここでいう世帯は必ずしも核家族を意味しない。またケア労働の中には、完全に世帯の外側、つまり市民社会に移し替えられるものもあるだろう。国家によって投資されるが、地域ごとに組織される様々な枠組みの中で、子どもを持たない成人や高齢者を含む人たちが、民主的で自主的なケア労働の諸活動に参加するだろう。誰もがケアする者であるという前提は、公的な制度の枠組みと、親密で私的な家庭の枠組みとを同時に解消し、ケア労働の場としての市民社会を登場させる [Frazer 1997: 61-62]。要するに、男性と女性がともにケア労働に従事するとともに、(市場を通じて) 収入を得る道が両者に開かれていること、世帯がケア労働の唯一の単位ではないこと、ケア労働が市民社会によって組織され、国家が制度的、財政的な支援を行うことが重要なのである。

もちろんフレイザーの議論は、北米社会の政治的な状況を踏まえたものであるから、このままアジア・アフリカの諸社会に適用することはできない。このことは改めて第 5 章で検討することにして、本章の以下の部分ではケアの倫理およびケアの政治に関する既存の議論について、もう少し詳しく検討しておきたい。

### 3.2. ケアの倫理と関係性の規範

ケア労働への参加が、市民社会の規範になるとはどういうことだろうか。ケアする者が社会の価値を担うということ、生産活動における個人の能力に代わって、ケアする能力が、個人の（労働の）価値を決定づけるように思われるかも知れない。例えば自分のためだけに働き消費する毎日を送っている者に比べて、子育てをしながら高齢の親の介護をしている女性は、ケアの能力をより多く発揮しており、社会のケアの総量により多く貢献しているという意味で、ケアする市民としての価値をより多く体現していると言えるのだろうか。筆者は、こうした女性を尊敬すべきだという考えには賛成するものの、しかしこうした女性を尊敬することが、ケアの倫理の本質なのではない、という立場は明確にしておきたい。ケアの倫理は、ケアする者の能力を評価する物差しではないというのが、本稿の立場である。

ケアの倫理に関する議論ではしばしば、人間には本質的にケアすることへの欲求が備わっているということが言われる。人間は「ケアする動物」として定義されるのだという [広井 2000:16-18]。だがケアすること、あるいはその能力を人間の本質と見る議論は、ケアの（そして人間の）重要な側面を見落としている。人は、ケアされる者として生きる長い時間を経て、ようやくケアする者になる。そして人にとってケアする者である時間は限られており、人生の終わりへ向けて、ますますケアされる者としての性格を深くしてゆくだろう。ある種の疾患や障害とともに生きる者は、人生のどの段階においても、ケアされる者として生きる可能性がある。このような現実を踏まえるならば、立岩のようにケアされる者の経験をより本質的なものとして承認することを通して、自己と他者との関係を理解しようとする立場の重要性が理解されるだろう [立岩 2000]。

ただしこれは、単にケアされる側の経験に焦点をあてれば、ケアという問題を正確に捉えられるということではない。かといって、ケアする者の経験とケアされる者の経験はどちらも大切です、というような「バランスの取れた」主張をすれば良いということとも違う。ケアする者の主観あるいは能力であるとか、ケアされる者の要求あるいは必要は、ケアの実践を引き出すための重要な動機であるとしても、ケアの実践そのものではない。ノディングズは、「他者のリアリティが、私たちにとっての真の可能性となるとき、私はケアする」と述べている。またケアの実践は、ケアされる者の中で完結する必要があるとも述べている [Noddings 2003:14]。ケアの実践は、ケアする者とケアされる者との関係の中に生じる。両者の具体的な関係に付与される価値が、ケアの倫理を基礎づけるのである。

ケアの実践においては、具体的な関係が重要であるということを強調するために、ノディングズは次のような状況を持ち出してくる。多くの家庭では、夕食の直前に甘いお菓子を子どもに与えないという規則を設けている。しかし実際には夕食の直前になって、チョコレート・サンデーがどうしても食べたいと大騒ぎになることもある。このとき、どう対応するのが「正しい」のだろうか？ それはその場の状況による、というのがノディングズの見解である。たいていの状況においては拒絶すべきだろうが、しかし状況によっては「子どもは規則よりも自分のほうが大切なのだということを知る必要がある」 [Noddings 2003: 52-53]。ケアの実践においては、ある判断が人格間の関係の外部にある基準に従って「正しい」か「誤っている」かを問題にするのではない。何らかの外的な基準に従って判断しようとするとき、

人と人との直接的な関係ではなく、人と規則との関係に焦点が移動してしまうからである。ケアの倫理においては、人と人との直接的な関係に焦点が当てられる。重要なのは、その関係において目の前にいる者の人格を承認するということである。

ケアの倫理を構成する諸要素は、次の5つに整理することができる [Diller 1996; Hughes 2002: 77]。(1) 独立した個人を前提とする人間主義の思考 (humanist ideas) とは異なり、ケアの倫理においては、私たちは他者との関係を前提として生きている。ケアの倫理においては、関係性こそが存在論的な基礎なのである。(2) ケアの倫理は、他者の受容を要求する。これは単に、「他人の立場に自分を置いてみる」ということとは異なる。(3) ケアの倫理は、一般論ではなく個別の関係に焦点をあてる。普遍的な規則によって問題を解決するのではない。(4) ケアの倫理は、ケアする者の、ケアされる者に対するコミットメントを必要とする。(5) ケアは、人間の条件における最も初歩的な要素である。倫理的な正当性の根拠は、個人の権利ではなく、ケアの関係の中にどう生きるかということに置かれる。

これらの要素の背後にあるのは、ひとことで言えば人格の相互依存性という理解であろう。ノディングズによれば、倫理的な自己の完成は他者に依存している。ケアされる者がケアする者に依存しているのと同様に、ケアする者もケアされる者に依存している [Noddings 2003: 48]。ケアする者がケアされる者に「依存している」という説明はわかりにくいかもしれない。もしノディングズが、ケアの実践を「ある個人が他の者をケアする能力」によって基礎づけているのなら、この説明ははっきりと矛盾していると言えるだろう。しかし人格が相互依存的であるということは、私たちがケアを必要とすることによって、ケアする能力を持っている他者に依存しているということとは違う。

ここには単にケアの定義を超えて、人格あるいは自己の概念についての根源的な転換が含まれている。それは個人に内在する人格的な価値から、人格間の具体的な関係性に付与される価値への転換である。ケアの倫理が前提とするのは、抽象的な人間、あるいは孤立した自己ではなく、相関的自己 (relational self) という考え方であり、他者との具体的な関係性に埋め込まれた、道徳的エージェントとしての自己という理解である [Sevenhuijsen 1998]。従ってギリガンが言うように、ケアの実践を社会的に起こりうる偶発的な出来事から分離して考えることはできないし、ケアの倫理は、個々の人生の歴史や心理から切り離されて「客観的に」成立しうるような基準なのではない [Gilligan: 100]。

別の言い方をすれば、「ケアする動物」といった一般的な人間の性質が先にあって、それが抽象的な人間性の価値（例えばケアする能力）と結びついているのではない。私たちは他者との実践的な関係性の中で、人格的な価値を与えられる。そのために私たちの人格は、ある特定の実践において自らがケアする者であるかケアされる者であるかに関わらず相互に依存しているのであり、ケアの倫理は、関係性の規範であると言えるのである。

ただし「ケアの倫理」という概念が多くの問題を抱えていることも事実である。例えばノディングズは、彼女の描くケアの倫理によって、ケアの実践に関する「包括的な像」を提供できると考えている [Noddings 2003:6]。ところが同時に彼女は、ケアの倫理について一切の「普遍化可能性」を拒否するとも述べている [Noddings 2003:5]。彼女がケアの倫理をこのように捉えることは、単にことばの上で矛盾しているように見えるということに止まらず、深刻な問題を生じる。例えば、彼女は次のように述べる。「私には、アフリカの飢えている子

どもたちをケアする責務はない。なぜなら私がケアする責任を負っている人たちを見捨てないかぎり、その子たちへのケアをまっとうすることはできないのだから」[Noddings 2003: 86]。

この態度は確かに、ケアの倫理が具体的な人格間の関係性から立ち上がるのだということの、ひとつの論理的な帰結である。と同時に、それは彼女の論理にどこか深刻な問題があることを思わせる(安部 [2009] の議論を参照)。このことばが記された彼女の著書の初版本が、エチオピアの幾つかの地方で非常に多くの人びとが実際に飢えに晒されていたのと同じ年(1984年)に出版されていることを考えるとなおさら、彼女は単にケアの実践のあるべき姿について一般的な心構えを述べただのだと考えて済ませるわけにいかない。

問題のひとつは、ノディングズが「普遍化可能性」を拒否する態度を強調しすぎていることにあるだろう。ケアの倫理は、単に個人が行動するときに参照すべき規範であるというのではなく、人格間のあり得べき関係性について考えるための普遍的な価値観を提供していることを、より積極的に認める必要がある。つまり私たちが直接にケアすることができない者についても、私たちはケアの倫理にもとづいて何らかの責任を負っていると考えなければならない。

もうひとつの問題は、ケアの倫理が、ケアの実践を把握するための唯一の枠組みなのかということである。ケアの倫理がある普遍性をもった思考の枠組みであると考えことは、それがケアの実践を理解し、評価するための唯一の思考枠組みであるということとは違う。ノディングズは、人格間の関係性に付与される価値については見事に論じているが、人格間の関係性が持つ、より政治的な側面についてはほとんど何も論じていないように思われる。ケアの倫理は、本稿でいうところのケアの政治を経てはじめて、フレイザーが提唱するような、ケアの価値にもとづいた社会制度の構想に結びつくことができる。次節では、ケアの政治学について検討したい。

### 3.3. ケアの政治

いわゆるケア・フェミニストの理論は、往々にして人と人とのつながり (connections) を、無条件に善いものと見なしてきたのではないかという批判がある。ケア論者は、怒りや憎悪、妬みといった感情について触れてこなかった [Flax 1997]。またそのことは、ケア論者が不平等や権力といった問題を扱うことを妨げてきた [Tronto 1993]。ケアの政治について考察するためには、ケアの倫理を肯定的に捉えつつも、人格間の関係を決定づける別の実践的要素、とりわけ暴力の問題に関心を払う必要がある。暴力は、一見すると行為のレベルでケアとはっきり区別することができるように思われる(例えば、なかなか泣きやまない幼児を抱きしめるか、殴打するかというように)。しかし暴力は(ある種の権力作用として)ケアの実践のなかに分かちがたく浸透しているかも知れない。その浸透の仕方は、社会の構造という観点から、いくつかの異なる形式を取るだろう。

第一の形式は、ある社会においてケアの実践そのものの価値が貶められ、結果としてケアする者の人格的な価値も貶められるような場合である。トロントは、ケア労働は往々にして奴隷や従僕、および女性の仕事であると述べている [Tronto 1993]。第二の形式は、社会の中である特定の者にケア労働が押しつけられている場合である。また第三の形式は、ある特定の者がケアのネットワークから排除されている場合である。これらの三つの形式は、現実

の社会においては別々のものであるというよりは、互いに重なり合っていることを、フェミニスト論者は明らかにしてきた。例えば近代資本主義社会では、女性は、妻として母親として、またはある種の労働者としてケア労働に専念することを押しつけられてきただけではなく、ケア労働に専念することによって人格的な価値を否定され、かつケアする者と定義されることによって、ケアされる者であることから暗黙の内に排除されてきたというのである。ひとことで言えば、こうした社会においては女性がケアすることは自己を犠牲にすることに等しいのである。

ケアと自己犠牲とを実践の上で区別しうるかどうか、あるいはケアすることが自己を犠牲にすることにならないような社会を構想しうるかどうかは、ケアの政治学において重大な問題である。またこの問題は、ケアの社会制度をどのように構築するかという問題に直接に関わってくる。

ケアと自己犠牲との結合は不可避であるという立場で考えるならば、ケアの価値を強調することは問題の解決に結びつかないばかりか、ますます女性にケア労働を押しつける結果になる恐れさえある。ケアがそんなに良いものなら、女性は労働市場での競争に参加することなどやめにして、これまでどおりケアに専念すれば良いではないか、ということになってしまふからである [Hirschmann 2010]。従って、女性が自己犠牲を強いられないための唯一の道は、ひとりのほうが良いのだと宣言してしまうことであり、またそのような「おひとりさま」の老後を支えるケア労働は、公的な制度や市場を通して調達するのが良いということになる (上野 [2007] を参照)。

上野の議論は第一に、近代日本社会における家族関係を批判する一貫した態度に裏づけられている。「男というビョーキは死ぬまで治らない」[上野 2007: 190] という上野の批判は痛烈であるが、確かに、家族の一員が一方向的に命令する以外のコミュニケーションの回路を持たず、他が自己犠牲以外の関係を知らなければ、そこでは永久にケアの関係が成立する可能性はないだろう。加えて第二に、上野は近代的な家族制度は決してケアの強固な基盤ではないということを確認している。「壊れない見かけの背後で現実には家族は危機によって解散し、不都合なメンバーを捨ててゆく」[上野 1994: 41] という凄みのある指摘は、ロマンチックで予定調和的な一切の家族観と、そこに付与される安易なケアの理想とを拒否する力がある。

これらふたつの点で、上野の議論にはかなりの説得力があり、またケアの政治学にとって有益な議論であることを認めるにしても、しかし上野が、ケアの政治学の論点を語り尽くしているとは思われない。果たして上野の議論は、ケアの実践に寄り添ったものなのだろうか。実際に育児や介護に向き合っているものにとっては、際限のない自己犠牲を自らに課すか、不都合な者を捨てるかという選択肢の他に、目の前にいる他者との関係を変えてゆくための別のやり方があることが、示されねばならないのではないだろうか。

ギリガンの議論においては、自己犠牲とケアの倫理とを (常に明確に切り分けることが難しいにしても) 区別する可能性が示される。ギリガンは妊娠中絶を経験した女性へのインタビューを通して、自己を犠牲にするか、それとも利己的になるかという選択肢が乗り越えられ、自己と他者とが同時にケアの射程に含められねばならないことが認識されるとき、そこにはじめてケアの倫理が成立すると述べる [Gilligan 1993]。妊娠中絶を選択した時点で、ケアする母親としての資格を失っているはずだと考える人がいるとしたら、その人は自己犠牲

とケアの倫理とを区別していない。ケアの倫理は、自己を犠牲にするよう一方的に命令することではない。パートナーの男性をはじめ、周囲から全くサポートを受けられない状況の中で、中絶を選択することが「正しい」かどうかという問いは、必然的に利己的になるか、自己を犠牲にするかという選択肢に導く。だがここには、ケアの倫理にとって「正しい」答えは既にあるのである。女性は、自らがケアする者であると同時に、自らと自らの幼児とが十分にケアされる者であるようなケアのネットワークの中にいる時に母親となるべきであって、自己を犠牲にすることで母親となることを強要されるべきではないというのが、ギリガンの主張であろう。

上野の議論には、他人に依存したり他人の庇護を求めない代わりに、なるべく他人にも迷惑をかけない自立した個人を理想とする考え方がにじみでている。例えば介護される者は、高いコミュニケーション能力を持っていること、賢い消費者であることが望ましいという [上野 2007: 185-212]。だがそのような前提が、ケアの実践を把握するためにどこまで有効なのかは疑わしい。個人を近代家族と（自己犠牲としての）ケア労働から解放したとしても、公的な制度や市場を媒介としてケアする者とケアされる者との間に、庇護や依存といった関係が呼び戻されはしないだろうか。ケア労働を通して、互いの人格を受け容れることを強いるような場面がないと言えるだろうか。

上野は、人類にとって家族の形態は極めて多様であるけれども、少なくとも自発的で選択的な関係を家族とは呼ばないのではないかと述べている [上野 1994: 40]。この指摘は確かに的を射ている。あまりにも縛りの多い近代家族のイデオロギーから解放されて、自発的なアソシエーションの中で生きてゆくという考え方は魅力的でもある。しかしケアの実践そのものは、自発的で選択的な関係によって成立しているとは言い難い。「親密圏の関係性がある程度持続的であるということは、それが他者への愛着や被縛性から完全には自由であり得ないということの意味している」 [斎藤 2003: vii]。ケアの実践には、ケアされることなしに生存が見込めない者が目の前にいることによって、ケアすることを強いられるという局面がある。あるいは、自らがケアされることなしに生存できないことを理由に、われわれはケアを強いることがある。ケアの実践は、自由な個人による主体的な行為である以上に、人格間の相互依存の上に築かれるものなのである。

本章の議論をまとめると、次のようなことが言えるだろう。ケアの倫理は、市場主義およびベラリズムのような「主流の」価値観に対する対抗言説 (counter discourse) である [Hughes 2002: 73]。ケアの倫理に関する探求は、私たちの日常生活におけるケアの実践が、私たちの人生に与える価値を見いだす。またケアの政治学的な探求は、社会の既存の制度がケアの関係性を裁ち切り、利己的になるか自己を犠牲にするかという不毛な選択肢に人びとを追い込んできた現実を目を向けさせる。近代的家族の枠組みが、危機に対して脆弱であり、ケアを実践する単位として不十分であるという認識は重要である。核家族の弱さ、密接ながらに埋め込まれた暴力や抑圧といった問題は、反論すべきと言うよりもケア論者が受容すべき問題であり、ケアの理論にとって核心的な問題である。

西欧、北米および日本のような後期資本主義諸国を前提とした場合、来たるべきケア社会の構想として、フレイザーが提起する universal caregiver model は説得力があるように思わ

れる。国家によって投資されるが、地域ごとに組織される民主的で自主的なケア労働の諸活動というビジョンは、「脆弱な」核家族に押しつけられたケア労働よりも、人びとの生存を持続的に支える可能性を持っている。

#### 4. 事例と考察—アジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践

前章では、いわゆるケア・フェミニストの議論を中心にケアの倫理およびケアの政治学について考察した。前章で検討した議論は、いずれも後期資本主義国家におけるケアの実践を前提としたものである。そこでは一定の普遍的な価値が想定されているとしても、そのままアジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践を把握するための議論ではない。そこで本章では、食物の生産と分配、子育て、やまいと障害、老いと死という、それぞれ人間のライフサイクルにおいて重要な局面において、アジア・アフリカの人びとがどのようにケアを実践してきたか、幾つかの事例にもとづいて考察してみたい。

##### 4.1. 分与の共同体

今村は、カラハリ狩猟採集民の社会を「資源の最大の共有」を規範とする「シェアリング・システム」によって把握しようとする興味深い考察を行っている。今村によれば、生産活動における共同と、消費の局面における分配とは、シェアリングの規範によって統一的に把握することができる。そればかりか今村は、婚姻、儀礼、生殖といった社会の異なる制度的側面に通底する規範として、シェアリング・システムを構成しようとする [今村 2006; 2010: 204-225]。今村の定義によれば、シェアリングとは「シェアできる」「参加できる」可能性が社会全体に満ちていることである。それは、個人レベルでは彼／彼女が行動する場合「分けてもらえるはずだ」という確信を支える潜在性であり、社会のレベルでは、成員の生存を救い上げようとする社会全体のポテンシャルでもあるという [今村 2006: 118]。

アフリカの諸社会における生業（狩猟採集、牧畜、農耕）に関して、生態人類学的あるいは農業経済学的なアプローチから考察する研究者にとって、食物の獲得・生産とその配分のプロセスは、主要な関心のひとつである。またその背景には、当の人びとがどのようにして自らの生存基盤を確保してきたかという問題意識がある。こうした研究者がアフリカの社会に見いだしてきたのは、生産の技術や組織よりも、分配の規範によって基礎づけられる社会である。田中は、カラハリ狩猟採集民のふるまいを「平等主義の原則」によって理解しようとした。田中によれば、彼らの社会では分配のルールが厳しく実行されることで、成員の生存のための「一種の社会保障」が達成される。他にも彼らは、平等主義の原則を達成するために「なみなみならぬ努力」を払っている。例えばブッシュマンでは、獲物の所有権は射とめた人ではなく、狩猟具の提供者に帰属する。これは田中によれば、富の集中を避け、できるだけ多くの者に所有の機会が与えられるための配慮である。とというのも、狩猟そのものは高度な熟練を要する（上手下手の差が歴然としている）が、彼らが用いる簡素な狩猟具の作成は、「誰にでもできること」だからだ。 [田中 2001: 47-51]。また掛谷は、ザンビアで焼畑を営むベンバ社会における生産と労働、および配分の過程を、「平準化機構」という概念によって把握しようとした [掛谷 1994; 1996]。掛谷によれば、「サーリンズが、「家族制生産

様式論」で強調したように、ベンバの村社会では、生産はなによりも世帯員の要求を満たす活動であり、それゆえ生産を拡大する傾向をもたず、むしろ必要量を下回る「過少生産」の傾向をもつ。そして「過少生産」は、世帯間の生産量の差異を平準化する機構と連動しつつ、濃厚な対面関係を基礎とする社会での、人びとの共存を支えてきたのである。それは、より多くを持つ者が他者に分与することを当然とする社会倫理に裏打ちされており、互酬性と共存の論理を繰り返した生計経済の表現である」[掛谷 1994: 136]。

「平等主義の原則」や「平準化機構」、あるいは「シェアリング・システム」といった個々の仮説が、現実の社会における人びとのふるまいを説明する原理としてどこまで妥当であるかは、それぞれの社会についてなお議論を必要とする問題である（例えばカラハリ狩猟採集社会における「平等主義の原則」について、丸山 [2010: 第5章] の議論を参照）。また何らかの包括的な原理によって人びとのふるまいが規定されているという理解に傾きすぎれば、当の社会に生きる人びとの間にある差異や葛藤を見過ごしてしまう恐れもあろう。そのことを踏まえた上で、生産の論理よりも生存の論理によってより強く規定される社会をアフリカに見いだすことは、決して難しいことではないように思われる。それは同時に、私的所有の論理よりも分配の論理が優勢であるような人間関係を、社会に見いだすことでもある [松村 2008]。

杉村は、ザイール（コンゴ民主共和国）南東部の熱帯雨林で焼畑を営むクム社会を、トアと呼ばれる共食集団を中心に編成される「消費の共同体」として把握しようとする [杉村 2004]。トアは多義的なことばで、最小リネージを意味する系譜上の概念として用いられるとともに、「生活集団」を表すことばでもあり、クムの村落は複数のトアの連合体として理解することができる。トアは、その成員が毎日朝夕二回、共食をおこなう単位であり、村人の一義的な帰属を表す場でもある。クムが「この村に自分のトアがある」という時、「そこでいつでも食べられる場所を持っていること、生活する場があることを意味する」[杉村 2004: 137-141]。杉村の観察によれば、トアの共食をとおして、子沢山の世帯に対する実質的な食糧の配分が行われている。加えてトアは、病気や怪我によって生産労働にたずさわれない場合の一時的な「社会保障」として機能しており、「生活力のない者の扶養」を担う単位にもなっているという [杉村 2004: 145-148]。

杉村は、「消費の共同体」としてのアフリカ農村社会を、日本やヨーロッパに典型的な「労働の共同体」と比較している。日本やヨーロッパにおいては、土地への長期的な投資、および労働手段の改良が農業生産性の向上をもたらした。農村共同体を規定してきたのは、土地と人との結びつきの様態（例えば土地の所有形態）であり、また物的生産の次元における成員間の結びつき（例えば共同労働）であった。これに対してアフリカ農村社会においては、土地に対する排他的な権利の形成を最小限にとどめつつ、対照的に人と人との関係、すなわち食糧の分配を可能にする社会関係に積極的な投資を行う [杉村 2004: 392-396]。農業内部への蓄積を前提としてアフリカ農民社会を取り出そうとすると、そこからは、生活の安定を図るための「先行的配慮に欠けた」社会という理解しか得られない [杉村 2004: 395]。というのも、土地の所有と改変、労働手段の発達というような形態での蓄積は、アフリカ農村には最小限しか見られないからである [杉村 2004: 395]。アフリカの農村社会には「蓄積がないのではなく、むしろ蓄積されるものが未来の経済・社会の物質的基礎に置かれているので



はないということなのだ。かわりに蓄積は、新しい社会関係、新しい人間を生み出すために、またその活動のためのひとつの社会的基礎を置くために使われる」 [Koponen 1988: 389]。ベリーもまた、アフリカの農村社会に生きる人びとは、土地への排他的なアクセス権を確立することによってではなく、むしろ資源への交渉可能性をなるべく開いておきながら、同時に社会的なネットワークに積極的に投資することによって、生存の可能性を最大化してきたのだと論じる [Berry 1993]。

#### 4.2. 子育て

アジア・アフリカ諸社会におけるケアのネットワークの豊かさを示すために、食料の分与と並んで、子育ては格好の題材である。これら社会では、ケア労働としての子育てが生物学的な母親、あるいは核家族に押しつけられているのではなく、より広い社会の中に埋め込まれている事例に事欠かない。これは例えば、いわゆる「エイズによる孤児」のケアを考える上で重要である。サハラ以南アフリカ諸国では、HIV/AIDSの感染率が高く、エイズにより片親あるいは両親を失う子が多い。こうした子どもたちは、拡大家族の成員による養育を期待できる [Abebe 2007; 島田 2007: 217-222]。HIV感染の拡大といった危機において、次の世代を養育する力を失わないという意味で、レジリエントな社会であるといえるだろう。

ただし、両親の死亡といった重大な危機に対するセイフティネットとしてののみ、地域社会における子育てのネットワークが把握されるのではない。むしろそれは、日常生活の中に埋め込まれたものなのである。筆者が調査村でよく滞在する家には、近所の4歳になる女の子が居着いていたことがあった。彼女は食事はもちろん、眠るときも自宅に戻る気配がなかった。彼女の父親は、その家を訪れた際には「一緒に帰ろう」と声をかけるのだが、彼女が拒否すると、それ以上気にかける様子もなかった。聞いたところでは、何か特別な事情があるわけでもなく、単に彼女の自宅には年の近い子どもがいないので「居心地が良くなかった」というだけの理由であったらしい。彼女は居着いた先の家で、いつも年上の女の子に遊んでもらっていたので、そのほうが良かったのだろう。また筆者がかつてよく訪れた世帯では、ひとりの子にキョウダイの数を尋ねたところ、指折り数えた上で「12人」という答えが返ってきた。しかし筆者が知っているその世帯の子どもを思い浮かべると、何度数え直しても13人になる。あとでわかったことだが、筆者が末息子と思っていた男の子は、実際には一番上の未婚の姉に生まれた子であった。彼は年の近いオジやオバに囲まれて育ち、のちには年の離れたオジの援助もあって、高等教育を受ける機会に恵まれた。こうした育児環境の柔軟さを示す事例は、アジア・アフリカ諸社会でフィールドワークを行った研究者にとっては、決して珍しいものではないだろう。

カンボジア北西部の村で調査をおこなった佐藤は、「村の中で子どもたちは、非常に多くの人々の中で育てられる」と述べている。それは赤ん坊が「両親だけではなく近隣に住む多くの大人や年長の子どもたちに代わる代わる抱かれ、あやされる」といったことや、もう少し成長した子が自分たちだけで祖父母やオジオバの世帯を頻繁に訪ねるといったことでもあるが [佐藤(奈) 2009: 188]、長期にわたる「子の世帯間移動」も頻繁に観察される。移動があまりに頻繁で、かつその形態が多様であるため、子どもの所属を考えるにあたって、「世帯を単位とした枠組みに押し込むには困難を伴う」ほどである [佐藤(奈) 2009: 182]。ここで子

の世帯間移動と呼ばれるのは、いわゆる養子や里子にあたるものも含むが、実際には多様な移動の状況がある。佐藤が完全移転型と呼ぶのは、「養育責任」「財産に対する権利」「親子関係上の地位」がすべて移転する場合であり、この他に養育責任だけが移転する部分移転型の移動や、養育責任の移転を伴わない移動がある。

佐藤の調査では、財産や親子関係が移転しないまま、種々の理由で一定の期間、移動先の世帯が養育責任を負う形態の移動が最も多く見られたという。この形態の移動の場合について、移動の動機に挙げられるのは、両親の死亡あるいは行方不明、親の再婚、貧困や多忙による養育の困難といったことである。一例だが、父親の暴力から逃れるため、という理由も挙げられている。移動先の事情、例えば家事を手伝う人手が必要であったり、年寄りの話し相手が欲しいといったこともある。移動にあたっては、事前に「出し手」の世帯と「受け手」の世帯との間で話し合いがもたれるが、最終的には子の意思が尊重され、移動後も子が望めば、もとの世帯に戻ることが許される傾向にある。ほとんどの事例で、移動元の世帯よりも移動先の世帯のほうが所得が高く、移動した子は就学しており、世帯の生産活動には従事させられていない [佐藤(奈) 2009: 196-202]。

興味深いのは、このようなケアのネットワークが存在するにもかかわらず、カンボジア社会は相互扶助の機能が弱く個人主義的であると考える研究者も少なくないらしいことである。こうした研究者の中には、在来の相互扶助慣行がポル・ポト政権期に消滅したのだと考える者もいるようだ。しかし生産の局面における社会関係と、配分の局面における社会関係とを区別して考えるという、前節の議論にひきつけて考えるならば、多くのカンボジア研究者に従って生産局面における相互扶助の実践（農繁期の労働交換や、ため池の建設における共同作業など）に着目するのと、佐藤のようにケアの局面における相互扶助の実践に着目するのとでは、同じ社会でも違う見え方がするということも考えられるかも知れない。

母親と子どもとの関係について、別の角度から興味深い分析を行ったものに、高田の研究がある [Takada 2010]。カラハリ狩猟採集民のサン社会において、日照時間中に誰が乳幼児と接触しているかを計測したところ、母親と乳幼児との接触は年齢を追って急速に低下し、1歳児の集団においては既に、母親以外の者との接触が、母親との接触を上回っている。同時に乳幼児は、非常に早い時期から、様々な年齢の子どもを含む遊びのグループ (multi-aged child group) に編入されていることもわかる。高田の調査では、1歳児で平均21%、3歳児では58%の時間を、子どものグループとともに過ごしている。

サン社会の事例は、次のふたつのことを示唆するだろう。第一に、これは佐藤の事例にも共通することであるが、ケア労働の提供者としての生物学的な母親の役割が、相対的に低いことである。第二に、子どもは単にケアの対象なのではなくケアのエージェントでもあるということである。年長の子どもが年下の子どもを上手にケアする光景は、アジア・アフリカ諸社会では日常的なものであるが、子どもたちは単に親のケア労働を肩代わりするというより、じぶんたちのやり方で「ケアのネットワーク」をつくりだす場合もある。別の言い方をすれば、子どもの遊びは定義上、生産労働ではないが、一種のケアの実践として捉えることは可能かも知れない。

#### 4.3. やまいと障害

WHO の推計によれば、2004 年に世界の人びとが寿命および健康を損なった主な原因の上位 5 つは、下気道感染症、下痢性疾患、うつ病、虚血性心疾患、HIV/AIDS であったとされる。これを地域別に見ると、欧州、南北アメリカ、東アジアといった地域においては、虚血性心疾患、脳血管障害、うつ病などが、人びとが健康を損なう原因の上位を占めるのに対して、アジア・アフリカ諸国<sup>4</sup>では、下気道感染症、下痢性疾患、HIV/AIDS、マラリア等の感染症によって健康を損なう人が多かった。いわゆる三大感染症（HIV/AIDS、結核、マラリア）について見ると、2004 年に世界でこれら感染症に新たに感染した者は、HIV が 280.5 万人、結核が 778.2 万人、マラリアが 2 億 4134 万人となっているが、そのうちアジア・アフリカ諸国の占める割合は、HIV では 80.0% (224.3 万人)、結核では 61.4% (477.4 万人)、マラリアでは 97.6% (2 億 3551 万人) であった。

各種ワクチンの開発や近代的な公衆衛生の確立に加えて、20 世紀の初頭にペニシリンや DDT が発明されたことで、感染症の世界的な撲滅は容易であると考えられた時期もあったが、実際には 1980 年までに天然痘が制圧され、ポリオが近い将来、それに続くことが期待されているにとどまり、マラリアの根絶は事実上、頓挫したと考えられている。感染症の根絶が困難である理由のひとつに、「生化学的な」要因を挙げることができる。例えばマラリア原虫を媒介するハマダラカは、DDT などの薬剤に対する耐性を容易に獲得することが知られているし、多剤耐性結核菌の出現は、結核の治療を困難にしている。他方で「環境-社会的な」要因を指摘することもできる。いくつかの感染症は、明確に開発原病 [見市 2001; 池田 2001] としての性格を有している。例えばインドでは、農業開発に伴う灌漑施設の建設、森林の伐採、鉄道の敷設が、マラリアの流行を悪化させた [脇村 1999]。アフリカにおいても、マラリアやオンコセルカ症 (river blindness) といった感染症と、開発との関係が指摘されている [Hughes and Hunter 1970]。

アジア・アフリカ諸国の感染症問題への取り組みにおいて、世界的な保健医療資源の配分が重要な要素であることは否定できないだろう。これら諸国の下気道感染症や下痢性疾患は、基礎的な保健医療の拡充によって大幅に減少させることができる。また三大感染症については、2002 年に世界エイズ・マラリア・結核対策基金（いわゆる世界基金）が設立されたことで、低所得国住民の治療アクセスが大幅に改善された。とりわけ HIV/AIDS に関しては、サハラ以南アフリカ諸国における治療アクセス率は 2003 年にわずか 2% に過ぎなかったのが、2008 年末には 44% に達したと見積もられている [UNAIDS 2009: 25]。この成功を受けてサクセスは、世界基金のマンデートを特定の疾患だけではなく、乳幼児死亡率の低下や妊産婦の健康を含む、基礎保健全般に拡大すべきだという提案を行っている<sup>5</sup>。

他方で、国民所得や保険セクターに投入される資金の多寡が、その社会におけるケアの質

---

<sup>4</sup> ここでは便宜的に、WHO が定義する 6 つの地域のうちアフリカ、東地中海、および南東アジアの 3 地域に関する統計を、アジア・アフリカ諸国の統計と見なす。これら 3 地域は、おおむねアフリカ、中東、南アジアの全域と、東南アジア諸国の一部を含む (WHO の地域区分については同機関のウェブサイト [<http://www.who.int/about/regions/en/index.html>] を参照)。これら 3 地域の合計人口が世界人口に占める割合は、およそ 45.5% である。

<sup>5</sup> Jeffrey Sachs, "Funding a Global Health Fund," *Guardian.co.uk*, March 25, 2010 [<http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/mar/25/global-health-fund-funding-tb-aids>].

を決定する唯一の要素ではないことに注意する必要がある。センはスリランカを例に挙げながら、所与の国民所得において、より高い健康サービスの提供を可能にするような公共政策のあり方について論じている [Sen 1981]。

また、ウガンダとボツワナにおける HIV 感染率の推移の違いに注目したエプスタインの議論も興味深い [Epstein 2008]。ウガンダでは、1990 年代に感染拡大を抑えることに成功したのに対して、ボツワナでは同じ時期に感染率が増加し続けた。サハラ以南アフリカでもっとも医療インフラが整った国のひとつであり、HIV/AIDS 対策にも多くの資金を投じてきたボツワナは、現在でも最も感染率の高い国のひとつである。これに対してウガンダは、1986 年まで続いた内戦によって医療インフラが荒廃していたにもかかわらず、感染の拡大を食い止めることに成功した。エプスタインによればウガンダの成功は、行動変容のためのキャンペーン (zero grazing campaign) や、エイズ患者への訪問介護 (home based care) を始めとする、地域社会ぐるみの取り組みによって、人びとの関心を高め、HIV/AIDS 問題に関する議論を喚起したことと関係している。これに対してボツワナの人びとは、HIV/AIDS は医療機関が対処すべき問題ととらえており、住民のあいだで HIV に関する議論がおこなれていないことが問題であるという [Epstein 2008: 168-170]。

エプスタインの議論は、単に公共政策としての保健医療の質に関するものというよりも、HIV/AIDS という感染症についての人びとの知識のあり方という問題へと導くように思われる。アジア・アフリカ諸国で HIV/AIDS 予防にたずさわる多くの専門家にとっては、ウイルスそのものより「厄介」なのは、人びとの無知や迷信、頑固さであると感じられるかも知れない。彼らは、特定の食品や薬物を摂取することで感染を回避できると考えたり、コンドームにウイルスが仕込まれていると信じている場合がある [Lindan et al. 1991; Nicoll 1993]。また彼らは往々にして、HIV/AIDS に関して「正しい」知識を教えられたときでさえ、それによって容易に行動を変えようとしなない [Williams et al. 2003; Stoneburner and Low-Beer 2004; Oster 2009]。

これらの議論に対しては、人びとが適切な予防行動を取ることを妨げているのは、(彼らの知識よりもむしろ) 予防政策のほうが不適切だからだという反論がある。例えば感染予防のためにコンドームの使用を呼びかけるキャンペーンは、タイでは性産業従事者を介した感染の減少につながったが、サハラ以南アフリカ諸国ではむしろ、人びとの間にエイズへの偏見や否認を植えつける原因となり、結果的に有効な介入を困難にしているという見方がある [Heald 2002; Pfeiffer 2004]。HIV 感染率が高く、人口全般で流行が見られるサハラ以南アフリカ諸国では、夫婦や安定したパートナー間での感染が多くなっているのに、コンドーム・キャンペーンによって、エイズは一部の不道徳な者のやまいであるという印象を人びとに与えてしまっている [Epstein 2008]。

HIV/AIDS に関する政策と知識について上記のような論争が起こる背景には、HIV/AIDS 政策の立案に関わる専門家の知識と、サハラ以南アフリカの人びとの知識との間に、何らかの不整合があることが示唆される。もう少しはっきり言えば、政策立案者の知識が、往々にして HIV/AIDS の制圧という、より理念化された目的に向かって方向づけられているのに対して、人びとの知識は、現に自らの体内にいるウイルス、ないしは目の前でウイルスと共に生きている誰かという、より具体的な論点に関連づけられているのではないだろうか。人びと

は、感染症の排除が困難であることを経験から学ぶことによって、感染症と共存するための知識を身につけることができる。

人類学者のグエンは、HIV 治療を求める人びとの諸活動が、グローバルおよびローカルなレベルで新たな結びつきをつくりだしてきたことを強調している。陽性者であるという「生物学的」構築を、ある種の本質化されたアイデンティティとして共有する人びとが、治療ニーズにもとづいて結びつくことを通して、治療の市民権 (therapeutic citizenship) という新しい種類の公共性が形成されたのだという [Nguyen 2005: 126]。グエンの議論は、人と人との関係に投資することで生存の可能性を高めることができるという、上述の「分与の共同体」に関する議論 (4.1) と呼応するところがあって興味深いものの、感染症問題に関するアフリカの人びとの知識と経験という観点からは、必ずしも適切な議論の枠組みを提供しているとは言えない。というのもグエンの議論は、ウイルスに感染した者と感染していない者とのあいだにどのような関係が可能なのかという問いに対しては、答えを与えていないからである。地域社会において HIV に感染した者は、健康への脅威として暴力的に排除される場合がある一方で、感染していない者との間に親密な関係を持って生活している例も少なくない。アフリカ諸国では、多数の HIV 不一致カップル (一方が HIV に感染しており、他方が感染していないカップル) が生活していることが知られている [Bunell 2005]。西は、エチオピアのグラゲ県における住民主導の HIV 検査運動について検討することをおして、ウイルスに感染した者と感染していない者との間の倫理的な関係について考察を試みている [西 2010a]。そこでの関係は、抽象的な個人として互いを尊重するというようなことではなく、感染した者と感染していない者とが互いの健康に配慮しながら、共同生活を継続しようとする (場合によっては、継続せざるを得ない) ことが重要である。ウイルスに感染した者が、HIV 陽性者として「ポジティブに生きる」<sup>6</sup>ためのアイデンティティを獲得することはもちろん重要だが、それと同時に問われているのは、ウイルスに感染した者が、地域社会の中で他者と関係する人格として、結婚、出産と育児、老いといったライフサイクルを、如何にたどっていくかということであるように思われる。

やまいと並んでアジア・アフリカ諸国の人びとの生活の質に影響する要素として、障害の問題を挙げるができる。世界の全人口の 10% は障害者であり、うち 80% が開発途上国、特に農村で生活しているとされる [森 2008a: 5]。開発途上国における障害者政策は、典型的には宗教者による「慈善アプローチ」によって支えられてきたが、2006 年に国連総会で障害者の権利条約が採択されたことは、開発途上国において障害者の問題が、開発における中心的な課題のひとつとして認識されるきっかけとなった。近年では障害者のエンパワーメントと障害者政策の主流化 (mainstreaming) を柱とする「開発アプローチ」の重要性が認識されつつあり、貧困削減の取り組みにおいても、障害者の生計が重要なイシューとして取り上げられるようになった [森 2008a; 2008b]。

逆に言えば従来、開発政策は途上国の障害者が置かれた状況に関心を向けてこなかった。貧しい国では障害者の問題にまで手が回らなくても仕方がないという認識が、暗黙のうちに

---

<sup>6</sup> 「ポジティブに生きる (living positively) 」は、HIV 陽性者のエンパワーメントを目指す国際的・地域的な取り組みに用いられるスローガンである。

多くの政策立案者に共有されていたのかも知れない。ただしこのことは、アジア・アフリカ地域で生活する障害者が、常に社会から隠蔽され悲惨な状態に置かれているということとは違う。亀井は、1950年代頃からアフリカ各国でろう学校が設立されたことをきっかけに、そこで教育を受けた人びとが「手話」という彼ら自身の言語と、ろう者としてのアイデンティティを獲得していった過程を明らかにしている [亀井 2006]。

また戸田は、カメルーンの都市および農村において、身体に障害を持つ者が、障害を持たない者との関わりの中で生計を立ててきたことを明らかにしている [戸田 2011]。戸田の記述は、主に四肢障害者に関するものであり、知的障害者や重度の身体障害者が含まれていない。またカメルーンでは、障害者を支援する福祉制度が未整備であるために、彼らは自ら生計を立てることを強いられている(その中には物乞いも含まれる)という批判もあるだろう。これらの限界を踏まえた上で、戸田の議論が興味深いのは、障害の問題を制度と個人との関係からではなく、人格間の関係性(とりわけ障害を持つ者と持たない者との関係)から論じる可能性があるからである。

近年の障害学は、主に「障害の社会モデル」と呼ばれる理論に立脚している [杉野 2007]。障害の社会モデルとは、個人に属する機能的欠損 (impairment) として障害を捉えるのではなく、既存の社会制度が、個人のケイパビリティの発露を阻害していることに焦点をあてる考え方であり、いわゆるバリアフリー政策の理論的な支柱にもなっている。戸田の議論は、必ずしも主流の障害学と相容れないものではないが、障害を持つ者と持たない者という、それぞれの人格の間にいかなるケアの実践が成立するかという問題を考える上で興味深いアプローチである。

以上のことに加えて、アフリカの障害者や病者(および次節で述べる老人)に関する研究は、本章第1節で述べた「分与の共同体」の議論に対して、新たな問題を提起するものであることも、ここで指摘しておきたい。というのも第1節で述べたように、分与の共同体に関する議論はしばしば、成員間の「平等性」、およびそれを支える土地アクセスの「非排他性」という論点と結びついている。しかしアイリフは、土地豊富社会においても構造的な貧困の問題は起こりうると指摘し、実際にアフリカの社会においては、病者や障害者、身寄りのない老人など労働力へのアクセスを持たない人たちが、構造的な貧者を構成していたのだと考えている [Illife 1987]。アイリフの議論には一定の説得力があるものの、現代のアフリカ社会において、病者や障害者と、そうではない者との間にどのような関係が可能であるのか議論するためには、さらに実証的な調査と考察が必要であろう。障害を持つ者と持たない者との関係については戸田 [2011]、また HIV に感染した者と感染していない者との関係について西 [2010] の考察などが、その手がかりを提供している。

#### 4.4. 老いと死

アボデリンによれば、低開発国における60歳以上の人口は、2000年に3億7460万人(低開発国における全人口の7.7%)であったのが、2025年には8億3640万人(12.7%)にまで増加することが推定される。その背景にあるのは、低開発国における平均余命の向上と、出生率の低下の趨勢である [Aboderin 2006: 4-5]。高齢者の問題を考えるにあたっては、社会における世代間の関係性という分析の枠組みを持つことがとりわけ重要になる。またそこに

は、アボデリンが想定しているような経済的な負担の問題に限らず、人びとのライフサイクルという問題が関わってくる。例えば岩佐は、ラオス中南部の農村におけるフィールド調査にもとづき、子どもの養育期から成長した子と親との協働期、子による親の扶養期を経て、親の終末期に至るまでの過程を描いている [岩佐 2009; 2011]。ここで記述の対象となっているのは、個人のライフサイクルではなく、死の問題を含む世代間の関係性のサイクルである。

高齢者のケアについて考えるときに、人生のその次の段階、すなわち死の問題と結びつけて考える論者は少なくない。この点について、ファン・デル・ヘーストは面白い議論を展開している。よく知られているように、アフリカの人びとは葬儀のために少なからぬ資金と労働を投じることがある。ファン・デル・ヘーストは、ガーナで出会ったある老人が、生きているあいだは家族から見捨てられて暮らしていたのに、彼が死んだときには派手な葬儀がおこなわれたという事例を紹介している。そしてガーナの人びとが葬儀のために多くの貨幣を費やすのは、死者のためではなく生きている者、つまり残された家族や親族の世間体のためだと述べている [van der Geest 2000]。葬儀とは結局のところ、死体という「儀礼的な対象」 [van der Geest 2000: 124] をめぐって執行される式典に過ぎない。彼の主張は、葬儀に大金をはたくくらいなら、なぜ家族や親族は老人が生きている間にケアしないのかということに尽きる。

よく考えるといくつかの疑問がある。第一にファン・デル・ヘーストの主張は、結果的に老人のケアに対する「家族の責任」を無批判に強調することになるのではないか。また第二に、老人へのケアの重要性を主張するためには、どうしても葬儀の必要を否定せねばならないのだろうか。

まず第一の問題について考えてみたい。アジア・アフリカ諸国においては従来、高齢者の扶養は子や親族の義務であると見なされることが多いように思われるが、実際には都市でも農村でも、様々な事情から家族や親族のサポートを全く、あるいはほとんど受けずに生活している老人は少なくない。エチオピアで 2004 年に実施された家計調査 [CSA 2007] によれば、調査対象となった 65 歳以上の老人のうち、都市では 8.2%、農村では 7.7% が 1 人世帯に属する（いわゆる独居老人である）<sup>7</sup>。

アボデリンによれば、アフリカの高齢者に経済的な保障を提供するための効果的な制度としては、ふたつの考え方がある。ひとつは家族を中心に置く考え方であり、子どもが老いた親を扶養する義務を法制化し、老いた親族を扶養する者には税を軽減するなどの財政的な手段を講じる。もうひとつは、公的な無拠出年金制度 (non-contributory public pension schemes) すなわち掛け金や保険料を納付せずに年金を受け取ることが出来る制度を設置することで、高齢者に経済的な保障を提供する責任を、社会全体で負うべきだとする立場であ

---

<sup>7</sup> 同居者がいないことがそのまま扶養者の不在や社会的な孤独につながるわけではないが、ひとつの目安にはなるだろう。世帯人数が少ないほど家計支出が少ない傾向が、同じ統計から読み取れることも参考になる。加えて、高齢者ほど収入の少ない世帯に属する傾向もある。最も貧しい階層の世帯（家計支出が少ない方から数えて 20% までの世帯）に属する人口の割合は高齢者で高く、0-9 歳では 11.3%、44 歳では 10.3% であるのに、65 歳以上では 24.7% に達する [CSA 2007]。これらの統計は、エチオピアでは高齢者ほど貧困や孤独のリスクが高いということを示唆しているように思われる。

る [Aboderin 2006: 158]。

アボデリン自身は、後者の無拠出年金制度を支持している。またその最大の論拠として彼女は、アジアやアフリカ諸国において家族や親族による高齢者へのサポートが「縮小する傾向」を挙げている [Aboderin 2006:27-42]。しかし残念ながら彼女の議論は、やや的外れなところがあると指摘せざるを得ない。「高齢者への家族のサポートが縮小している」ことが問題なのであれば、「だからこそ家族による高齢者の扶養を奨励する政策が必要ではないか」という反論も成り立つからである。

実際には、前者の考え方が問題であるのは、次のような理由による。経済的な余裕がある家族に高齢者を扶養するように促すことは重要かも知れないが、より大きな問題は、経済的な余裕がないために親の面倒をじゅうぶんにみることが出来ない家族があること、あるいは死別、生別を含めてさまざまな理由で、家族や親族のネットワークから切り離されて生活する老人が少なくないことではないか。とりわけ老人を扶養する家族への税を軽減するという考え方は、所得の捕捉率が低いアフリカ諸国ではじゅうぶんに機能しないばかりか、現に多額の所得税を支払っているエリート公務員を優遇するだけの政策になりかねない。このような制度は「家族を中心に置く」ことによって、人々がより道徳的にふるまう手助けとなるように見えるが、実際にはより恵まれた者に支援を提供し、最も脆弱な者を無視する制度であり、考慮に値しない。

そこでいまいちど、無拠出年金制度について検討すると、家族や親族の支援を得られない高齢者の生活を保障するために、こうした制度が望ましいという限りではアボデリンに賛同できる。しかし年金制度が高齢者政策として効果的であることを主張するために、アフリカにおいて高齢者に対するケアのネットワークが壊滅しつつかのような議論を展開する必要があるだろうか。必要なのは、経済的なサポート、ケア労働の提供者、それに世代間関係の人格的側面の全てであって、いずれかひとつではない。別の言い方をすれば、「家族か年金か」という選択肢の設定そのものが誤りである。というのも家族の責任を無批判に強調する立場はケアの政治学を欠いており、年金が全てだという考え方はケアの倫理学を欠いているために、どちらの選択肢もケアの実践を捉えていないからである。

次に上記の第二の論点、つまり高齢者のケアと葬儀の問題について検討したい。上述のファン・デル・ヘーストの主張を待つまでもなく、葬儀への過剰な出費は「無駄」だとして戒めようとする議論は少なくない（エチオピアの事例として [西 2009: 198-202]）。だからといって、「生きている高齢者のケアを取るか、葬儀を取るか」というような選択肢を前提に議論を展開することには問題がある。人格的なライフサイクルという観点から見れば、どちらも重要だからである。

とはいえ、どのような意味で葬儀が重要だと言えるのかという問題については、ここできちんと確認しておく必要があるだろう。文化人類学の文脈では従来、共同体的な秩序の維持および再編という観点から、葬儀の重要性が説かれることが多かった [エルツ 1980; Bloch and Parry 1982; de Witte 1983]。またこうした議論が、「葬儀は結局、高齢者のケアのためではなく生きている者の自己満足のためではないか」という、前述のファン・デル・ヘーストのような批判を招いたのであった。人類学者とは逆に、個人の厚生という観点から葬儀の重要性を承認しようとしたユニークな枠組みとして、エケーが提案した現代アフリカ社会にお



ける「基本的な安全のニーズ」(Basic Security Needs)がある。これはエケーによれば、アフリカにおける「個人の安全保障」を確立するための最小限のニーズである。エケーの基本的ニーズは、暴力からの保護、児童の育成と社会化、個人およびその家族のための社会福祉、葬儀の責務の4つの要素からなる [Ekeh 2004: 34]。こうして見ると最初の3つはともかく、4つめの葬儀の責務 (responsibility for funeral and burial rites) は、ユニークと言うよりも奇妙な提案に見えるかも知れない。既に死んでいる主体のニーズについて考えることは妥当なのだろうか？ そこでエケーは、葬儀の「必要」ではなくて葬儀の「責務」ということばを用いているが、これでは彼自身が設定した「個人の安全保障」という前提と矛盾してしまう。葬儀は個人の「厚生」という枠組みでは理解することは出来ず、死者と生きている者との関係にいかなる価値を付与するかという問題として理解する他ない。関係性の価値にもとづいたケアの倫理を出発点にするならば(本稿 3.2 を参照)、葬儀が人格的なケアの重要な要素であることが素直に理解される。例えばアジスアベバで展開する葬儀講の活動が、豊かなケアのネットワークを構成していることも理解されるのである [西 2010b]。アジスアベバの葬儀講活動をケアのネットワークとしてみた場合、いくつかの興味深い特徴がある。葬儀講は必ずしも特定の親族集団やエスニシティと結びついた活動ではなく、また基本的に特定の宗教とも結びついてはいない。またケア労働の提供者として、男性と女性がともに重要な役割を果たしていることも指摘して良いだろう [西 2010b]。

アジア・アフリカ諸社会において「老いと死」に関するケアがどのように実践されており、いかなる問題が見いだされるかは、地域研究者が取り組むべき重要な課題であるだろう。本節の冒頭に挙げた岩佐の議論や [岩佐 2011]、ある老人が死に至るまでのいきさつと家族の葛藤を通して、スリランカ社会における「老いとケア」の経験を描こうとした中村の報告 [2011]、カンボジア農村における高齢者ケアのネットワークに関する佐藤の考察 [佐藤 (奈): 2010] といった貢献の上に、家族、親族、住民組織といった様々なつながりを媒介として提供される「老いと死」へのケアの実践、あるいは世代間の関係性のサイクルを、記述し分析する作業を進める必要がある。

## 5. まとめと展望—アジア・アフリカ諸社会におけるケア研究の視座

### 5.1. ケアする地域社会

前章の記述から明らかなことは、後期資本主義社会におけるケアの文脈を前提とした議論を、そのままアジア・アフリカ諸社会に適用することはできないということである。後期資本主義社会においては、社会は生産の論理によって支配される公共圏(市民社会)と、ケアの拠点たる親密圏(核家族)とに分割され、後者は、前者に対して、従属的な価値しか与えられていない。子育てのようなケア労働は、核家族において母親が一手に引き受けるものとされる。

これに対して、アフリカの農村社会における生産—分配の過程に関する研究成果は、生産の過程よりも配分の過程によって、より強く組織化されているような社会が可能であることを示している(本稿 4.1)。また本稿では、子育てのネットワークが核家族や母—子のつながりを超えて地域社会の中に埋め込まれている事例も示した(4.2)。前章で論じたとおり、こ

うした社会は生産の共同体とケアの共同体という、ふたつの側面から理解することが可能であるが、しかしこのふたつの側面は、市民社会と核家族というかたちで分離されているわけではない。結果としてケアの実践は、地域社会に埋め込まれた複数のネットワーク（そこには拡大家族や村落組織、あるいは葬儀講のような住民組織も含まれる）によって媒介される。こうした社会におけるケアの経験は、後期資本主義社会で生活する女性および男性の経験とは、必然的に異なるものになるだろう。他方でこうした社会においても、ある特定の人たちがケアされる者のカテゴリーから構造的に、あるいは偶然に除外されてしまう場合があるだろうし、特定のケア労働が、特定のカテゴリーの人たちに押しつけられている場合もある。この問題について本稿では、特に高齢者のケアとの関係で考察を試みた (4.4)。

このことを踏まえた上で言うならば、生産活動が社会における卓越した規範ではなく、参与とケアの倫理を含めた生存の論理が、人びとの社会関係を決定づける規範であるような社会があるとすれば、そこでは後期資本主義社会で言われるような、ケア労働に従事することがそのまま自己犠牲を意味するという図式はあてはまらない。こうした社会は、理念の上ではフレイザーが想定したような、全ての市民がケア従事者であるような社会モデル (universal caregiver model) に近づくはずだからである。

フレイザーのモデルは、アジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践を分析するための規範的なモデルとして、どこまで有効であろうか。フレイザーが想定するのは、「国家によって投資されるが、地域ごとに組織される様々な枠組み」の中で、人びとが「民主的で自主的なケア労働の諸活動に参加する」ような社会である [Frazer 1997: 61-62]。このうち「国家によって投資されるが、地域ごとに組織される様々な枠組み」という部分は、アジア・アフリカの文脈においても重要だと思われる。例えば地域社会において、HIVに感染した者と感染していない者との間に、対面的なケアの関係が成立することは極めて重要なことであるが、そうした関係が成立する上で、世界基金やエチオピア政府が人びとにHIV治療薬を提供できるかどうかは、大変重要な要素となる。つまり「地域社会において組織され、必要に応じて国際社会や政府のサポートを受けるケアのネットワーク」を、分析の対象とすることには意味があると思われる。

他方で、「民主的で自主的なケア労働の諸活動」とは何を意味するのだろうか？ もしこれを、「自由な個人による自発的なアソシエーションとしての市民社会によって組織されるケアの諸活動」というふうに解釈するならば、アジア・アフリカ諸社会におけるケアの実践を正確に捉えられない恐れがある。人類学者のストラザーンによれば、自己完結的で独立した個人を前提として、そのような個人と抽象的な「社会」との間に倫理的な関係を確立しようとする方法は、決して人間社会に普遍的なものではなく、むしろ近代欧米社会に特殊な方法であるという [Strathern 1992: 124-125]。他の多くの社会においては、人格は他者との関係に依存するものとして理解される。すなわち人格的な価値は、個人に内在するものではなく、私たちが他者と関わる関わり方に依存すると見なされるのである。人格を関係性にもとづく構築であると思なす考え方は、ケア・フェミニストによる「関係的自己」の議論と共通するものである (3.2)。ケアの実践においては、人格間の関係に求められるのは自由とか自発性であるというより、むしろ他者に応答すること、必要なときには他者に拘束されることである。

人格の相互依存性と関係の拘束性ということに関して、本稿ではさらに次のふたつの問題を強調しておきたい。ひとつは、人格の非対称性の問題である。ケアの実践は、ケアする者とケアされる者との間に何らかの非対称性があることを前提としている。幼児とその親、老いた親と成長した子、ウイルスに感染した者と感染していない者、身体にインペアメントを抱えた者とそうではない者、死んだ者と生きている者といった、様々な非対称性を前提としながら地域社会で生活する人びとの間に、どのような倫理的な関係性が成立しているかを理解することが重要なのである [HIV に感染した者と感染していない者との関係について、西 2010a を参照]。もうひとつの問題は、関係性の時間的なスケールである。ケアの実践は、「ある程度持続的な関係性」[斎藤 2003: vi] でなければならないという。個々の関係性について見れば、確かに「ある程度持続的」という以上のことは言えないかも知れないが、人間の生が持続的なものであるためには、そのライフサイクルにおいて経験する、食物の分与、育児、やまいと障害、老いと死といった様々な局面で、常にケアのネットワークの中に自らの居場所が確保されている必要がある。地域社会に展開する多様な関係性の束を、人のライフサイクル（ヒトの生物学的な寿命という意味では、概ね 120 年を上限とする時間）および世代間のサイクルを単位として分析することは重要であると思われる [岩佐 2009 を参照]。

## 5.2. ケアの実践と社会のレジリアンス

最後に、アジア・アフリカ諸社会におけるケア研究が、どのような目標を指し示すものなのかということについて述べたい。本稿において議論の指針としたケア・フェミニズムないしはフェミニスト政治学は、女性の生の価値を承認せしめること、あるいは後期資本主義社会の文脈において、女性の生の価値を否定するような価値観や社会構造に対抗する公共性を創出することという、一貫した目的意識に導かれてきたように思われる。

ネオ・リベラリズムや市場主義といった「主流の」価値観に対する対抗言説 (counter discourse) を構築するという大きな枠組みにおいては [Fraser 1997; Hughes 2002]、フェミニスト政治学におけるケア論と、アジア・アフリカ諸社会におけるケア研究は、目標を共有することが可能であるように思われる。しかし、その目標に向けた議論の道筋は、ケアの実践が置かれた社会的な文脈の違いを反映したものでなければならないだろう。後期資本主義社会に見られる、生産労働にだけ社会的な価値を付与し、ケア労働を無価値なものとするような社会構造が [Fraser 1997]、アジア・アフリカの地域社会においても、同じように人びとの生活を掌握しているとは言えない。

このことを念頭に置きながら、アジア・アフリカ諸国の地域社会に展開するケアの諸実践を分析することを通して、生産性の向上と経済成長とを至上目標とする主流の開発言説への対抗言説を構築してゆくことは、研究上の重要な目標と考えて良いのではないだろうか。もちろん UNDP が提唱する「人間開発」の枠組みや、それを裏打ちする潜在能力アプローチは、本稿でいうところのケアの実践を射程に収めることが出来る可能性を持っているだろう [Nussbaum and Sen 1993 を参照]。しかしディーンによれば、実際には人間の潜在能力 (human capability) を人的資本 (human capital) と同一視することにより、人間を生産性向上の手段と見なし、経済成長を目的とするような開発言説が、「人間開発」の枠組みを支配している [Dean 2009: 264-265]。ディーンによれば潜在能力の概念は、単に主流の開発言説によ

って歪められているだけではない。脆弱な生き物 (**vulnerable creature**) である人間の相互依存性 (**interdependency**) という問題、かつケア労働のように市場によって評価されない労働の価値をいかに承認するかという問題を考えたときに、潜在能力アプローチには本質的な制約があるのだという [Dean 2009]。

もちろん重要なことは、潜在能力アプローチを批判するにせよ、より「正しく」理解しようとするにせよ、アジア・アフリカの地域社会における豊かなケアの実践が、人びとの生存基盤の持続的な発展にどう貢献しているかを、説得的に示すことだろう。そのひとつの試みとして、本稿では筆者が「生存へのふたつのアプローチ」と呼ぶ枠組みを提示しておきたい。



図: 生存へのふたつのアプローチ

上の図に示されるように、既存のアプローチは「自立した自己」を前提として、人的資本としての個々人の価値を高めようとする。そこに公正さが保障されていれば、個々の経済主体は高い生産性を獲得するであろう。また、そこにはローバストな市民社会が生まれ、経済成長をもたらすであろう。これに対して本編が焦点をあてるアプローチは、「関係的な自己」を前提として、人格間の関係性こそが価値の源泉であると捉える。他者への応答性が社会的な価値として承認され、ケアの実践により大きな関心が払われる。そこにはケアのネットワークが現れ、よりレジリエントな社会をもたらすであろう。

ここでレジリアンスという概念によって何を示そうとしているのか、少し説明を加えておきたい。すでに述べたように、本稿の議論は持続型生存基盤パラダイムを貫く「生産から生存へ」という問題意識に共鳴するものである。人間の生存にとって中心的な問題は、生産性の向上であるというよりも、互いの生存に配慮する関係性の充実にあるという理解が、ここでは前提とされている。

レジリアンスの概念そのものは、生産と関係性の両方に関する概念であり得る。例えばポリティカル・エコロジー論の文脈では、ゴールドマンが個人や社会が攪乱やストレスに直面したときに見せる生産維持能力をレジリアンスと呼び、これを社会の持続性と関連させて考えている [Goldman 1995]。これに対してベリーは、「アフリカ農民は社会関係に投資するこ

とで、持続的な農業生産および所得の増大を経験しないまま、環境および経済の不安定さに対する卓越したレジリアンスを示してきた」と述べていることから、レジリアンスの概念を、生産能力よりも社会関係により強く結びつけていることがうかがわれる [Berry 1993]。本稿ではレジリアンスの概念を、ベリーが上記の引用部分で述べていることに準じて、すなわち関係性に傾斜した意味で理解している。

以上に説明した課題の建て方に対しては、次のような疑問もあるだろう。ケアの実践がレジリアンスの重要な基礎となっていることを認めるにしても、「生存へのふたつのアプローチ」は、実際には切り離して考えられないひとつの過程なのではないか。そもそも生産が確保されなければ、生存もままならないのではないか。加えて、次のような疑問もあるだろう。ケアの実践や他者への応答性に注目することで、人々の微細な関係性に焦点をあてたいようだが、国家の制度やグローバルな市場経済の展開と切り離して考えられる生存基盤があるのだろうか。

これらの疑問は正当なものである。優れた地域研究のモノグラフには、生産とケアの過程の両方、人びとの微細な関係性とより広い社会とのつながりの両方が描かれているのであって、そのいずれかではない。例えば遠藤は、バンコク都市下層民が形成する都市コミュニティについて、それが「ニーズや機能、社会関係などが累積的、有機的に結合された歴史の積み重ねの成果」であると同時に「外部との相互作用を繰り返し、内部にも経済的市場を育みながらも、人々が都市を生き抜くために必要な諸機能を内包した空間」と述べている [遠藤 2011: 174]。このような空間では、最も脆弱な者への親密な配慮がなされる一方で [遠藤 2011: 127-129]、マクロな経済状況が、女性のライフコースを規定してしまうという側面もある。遠藤は、コミュニティ内の社会関係資本や、そのセーフティネット機能を肯定的に捉えつつも、「再分配とはそもそも、コミュニティ内部ではなく、社会全体の中で議論すべき課題であったはずである」と述べている [遠藤 2011: 7]。このような地域研究の成果を踏まえながら、アジア・アフリカ地域社会に生きる人びとのケアの実践、およびそこから生まれるレジリアンスに焦点をあて、正當に評価しようということが、「生存へのふたつのアプローチ」を提起するにあたってのねらいである。

#### 参考文献 (英文)

- Abebe, Tatek, and Asbjorn Aase. 2007. Children, AIDS and the politics of orphan care in Ethiopia: The extended family revisited. *Social Science & Medicine* 64 (10): 2058-69.
- Aboderin, Isabella. 2006. *Intergenerational support and old age in Africa*. New Brunswick: Transaction.
- Berry, Sara. 1993. *No condition is permanent*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Bloch, Maurice and Jonathan P. Parry. 1982. *Death and the regeneration of life*. Cambridge: Cambridge University Press.

- 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.
- CSA. 2007. *Household income, consumption and expenditure survey 2004/5*. Addis Abeba: Central Statistical Agency.
- Dean, Hartley. 2009. Critiquing capabilities: The distractions of a beguiling concept. *Critical Social Policy* 29 (2): 261-278.
- de Witte, Marleen. 2003. Money and death: Funeral business in Asante, Ghana. *Africa* 73 (4): 531-559.
- Diller, Ann. 1996. The ethics of care and education. In *The gender question in education: Theory, pedagogy, and politics*, eds. Maryann Ayim, Ann Diller, Barbara Houston and Kathryn Pauly Morgan, 89-104. Boulder: Westview Press.
- Ekeh, Peter. 2004. Individual's basic security needs and the limits of democratization in Africa. In *Ethnicity and democracy in Africa*, eds. Bruce Berman, Dickson Eyoh and Will Kymlicka, 22-37. Oxford: James Currey.
- Epstein, Helen. 2008. *The invisible cure: Africa, the west, and the fight against AIDS*. New York: Picador.
- Flax, Jane. 1997. Forgotten forms of close combat: Mothers and daughters revisited. In *Toward a new psychology of gender*, eds. Mary M. Gergen, Sara N. Davis, 311-324. New York: Routledge.
- Frazer, Nancy. 1997. *Justice interruptus*. New York: Routledge.
- Gilligan, Carol. 1993. *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goldman, Abe. 1995. Threats to sustainability in african agriculture: Searching for appropriate paradigm. *Human Ecology* 23 (3):291-334.
- Heald, Suzette. 2002. It's never as easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana. *African Journal of AIDS Research* 1 (1): 1-10.
- Hirschmann, J. Nancy. 2010. Mothers who care too much: What feminists get wrong about family, work, and equality. *Boston Review* 35 (4).
- Hughes, Christina. 2002. *Women's contemporary lives*. New York: Routledge.
- Hughes, C. C., and J. M. Hunter. 1970. Disease and "development" in Africa. *Social Science and Medicine* 3 (4):443-493.
- Iliffe, John. 1987. *The African poor: A history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ingstad, Benedicte. 1995. Mpho ya modimo, A gift from god: Perspectives on "attitudes" toward disabled persons. In *Disability and culture*, eds. Benedicte Ingstad, Susan Reynolds Whyte, 246-266. Berkeley: University of California Press.
- Koponen, Juhani. 1988. *People and production in late precolonial Tanzania*. Uppsala: Scandinavian Institute of African Studies.

- Lindan, C., S. Allen, M. Carael, F. Nsengumuremyi, P. Van de Perre, A. Serufulira, J. Tice, D. Black, T. Coates, and S. Hulley. 1991. Knowledge, attitudes, and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women: Relationship to HIV infection and behavior change. *AIDS* 5 (8): 993-1002.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2005. Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship. In *Global assemblage: Technology, politic, and ethics as anthropological problems*, eds. Aihwa Ong, Stephen J. Collier and Geoffrey C. Bowker, 124-144. Malden: Blackwell.
- Nicoll, A., and U. Laukamm-Josten. 1993. Lay health beliefs concerning HIV and AIDS: A barrier for control programmes. *AIDS Care* 5 (2): 231-41.
- Noddings, Nel. 2003. *Caring: A feminism approach to ethics and moral education*. second edition ed. Berkeley: University of California Press.
- Nussbaum, Martha, and Amartya Sen, eds. 1993. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Oster, Emily. 2009. HIV and sexual behavior change: Why not Africa? *NBER Working Paper*.
- Pfeiffer, James. 2008. Condom social marketing, pentecostalism, and structural adjustment in Mozambique: A clash of AIDS prevention messages. *Medical Anthropology Quarterly* 18 (1): 77-103.
- Sen, A. 1981. Public action and the quality of life in developing countries. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 43 (4): 287-319.
- Sevenhuijsen, Selma. 1998. *Citizenship and the ethics of care*. London: Routledge.
- Stoneburner, R. L., and D. Low-Beer. 2004. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science* 304: 714-718.
- Strathern, Marilyn. 1992. *Reproducing the future: Essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. New York: Routledge.
- Takada Akira. 2010. Changes in developmental trends of Caregiver–Child interactions among the san: Evidence from the !xun of northern Namibia. *African Study Monographs* (Suppl. 40): 155-77.
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries*. New York: Routledge.
- UNAIDS. 2009. *AIDS epidemic update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- van der Geest, Sjaak. 2000. Funerals for the living: Conversations with elderly people in Kwahu, Ghana. *African Studies Review* 43 (3): 103-29.
- Williams, B. G., D. Taljaard, C. M. Campbell, E. Gouws, L. Ndhlovu, J. Van Dam, M. Carael, and B. Auvert. 2003. Changing patterns of knowledge, reported behaviour and sexually transmitted infections in a South African gold mining community. *AIDS* 17 (14): 2099-2107.

#### 参考文献 (和文)

- 安部彰 2009 「ケア倫理批判・序説」 『生存学』 1 (1):279-292.

- 池田光穂 2001 『実践の医療人類学』 世界思想社.
- 稲場雅紀 2008 「感染症の克服に必要なもの—自分自身のいのちを守る人びとの運動」『流儀』  
稲場雅紀, 山田真, 立岩真也 (編), 56-69. 生活書院.
- 今村薫 2006 「シェアリング・システムの全体像—カラハリ狩猟採集民の事例から」『アフリカ  
研究』69: 113-120.
- 2010 『砂漠に生きる女たち』 どうぶつ社.
- 岩佐光広 2009 『生の型、死の構え—ラオス低地農村部における終末期の民族誌からのバイオエ  
シックス再考』 博士学位論文, 千葉大学大学院社会文化科学研究科.
- 2011 「老親扶養からみたラオス低地農村部における親子関係の一考察」『文化人類学』  
75 (4): 602-613.
- 上野千鶴子 1994 『近代家族の成立と終焉』 岩波書店.
- 2007 『おひとりさまの老後』 法研.
- エルツ, ロベール 1980 『右手の優越』 吉田禎吾 (訳), 垣内出版.
- 遠藤環 2011 『都市を生きる人々—バンコク・都市下層民のリスク対応』 京都大学学術出版会.
- 掛谷誠 1994 「焼畑農耕民と平準化」『講座地球に生きる 3—資源への文化適応』 大塚柳太郎編,  
121-145. 雄山閣出版.
- 1996 「焼畑農耕民の現在—ベンバ村の 10 年」『続自然社会の人類学—変貌するアフリ  
カ』 田中二郎, 掛谷誠, 市川光雄, 太田至 (編), 243-269. アカデミア出版.
- 亀井伸孝 2006 『アフリカのろう者と手話の歴史』 明石書店.
- 齋藤純一 2003 「まえがき」『親密圏のポリティクス』 齋藤純一 (編), i-viii. ナカニシヤ出版.
- 佐藤奈穂 2009 「カンボジア農村における子の世帯間移動の互助機能」『東南アジア研究』47 (2):  
180-209.
- 2010 『カンボジア農村における死別・離別女性の研究—親族ネットワークと生計維持戦  
略』 博士学位論文, 京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科.
- 佐藤廉也 2009 「ヒトの生業は生と死にどう関わってきたか—森林焼畑民のライフコースと人口  
史」『地球環境史からの問い』 池谷和信 (編), 54-71. 岩波書店.
- 島田周平 2007 『アフリカ 可能性を生きる農民』 京都大学学術出版会.
- 杉野昭博 2007 『障害学』 東京大学出版会.
- 杉原薫 2010 「持続型生存基盤パラダイムとは何か」『地球圏・生命圏・人間圏—持続的な生存  
基盤を求めて』 杉原薫, 川井秀一, 河野泰之, 田辺明生 (編), 1-22. 京都大学学術出版会.
- 杉村和彦 2004 『アフリカ農民の経済—組織原理の地域比較』 世界思想社.
- 田中二郎 2001 「ブッシュマンの歴史と現在」『カラハリ狩猟採集民—過去と現在』 田中二郎  
(編), 15-70. 京都大学学術出版会.
- 立岩真也 2000 『弱くある自由へ—自己決定・介護・生死の技術』 青土社.
- 立岩真也, 大谷いずみ, 天田城介, 小泉義之, 堀田義太郎 2009 「生存の臨界 I」『生存学』1 (1):  
6-22.



- 戸田美佳子 2011 「アフリカに「ケア」はあるか？—カメルーン東南部熱帯林に生きる身体障害者の視点から」『アジア・アフリカ地域研究』10 (2):176-219.
- 中村沙絵 2011 「現代スリランカにおける慈善型老人ホームの成立—ダーナ実践を通じたチャリティの土着化」『アジア・アフリカ地域研究』10 (2):257-288.
- 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.
- 2010a 「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」」『人間環境論集』10 (2): 47-61.
- 2010b 「明日の私を葬る—エチオピアの葬儀講活動が作り出す応答的な関係」『文化人類学』75 (1): 27-47.
- 速水洋子 2009 「生のつながりへの想像力—再生産の文化への視点」 *Kyoto Working Papers on Area Studies* 74.
- 広井良典 2000 『ケア学—越境するケアへ』 医学書院.
- 2010a 「「持続可能な福祉社会」と「公共研究」」『コミュニティ』広井良典, 小林正弥 (編), 1-7. 勁草書房
- 2010b 「コミュニティとは何か」『コミュニティ』広井良典, 小林正弥 (編), 11-32. 勁草書房.
- 松村圭一郎 2008 『所有と分配の人類学』世界思想社.
- 丸山淳子 2010 『変化を生きぬくブッシュマン』世界思想社.
- 見市雅俊 2001 「病気と医療の世界史—開発原病と帝国医療をめぐって」『疾病・開発・帝国医療』見市雅俊・斉藤修・脇村孝平・飯島渉 (編), 3-44. 東京大学出版会.
- 森壮也 2008a 「「障害と開発」とは何か？」『障害と開発—途上国の障害当事者と社会』森壮也 (編), 3-38. アジア経済研究所.
- 森壮也 (編) 2008b 『障害者の貧困削減—開発途上国の障害者の生計』アジア経済研究所.
- 吉村千恵 2011 「ケアの実践と「障害」の揺らぎ—タイ障害者の生活実践におけるケアとコミュニティ形成」『アジア・アフリカ地域研究』10 (2):220-256.
- 脇村孝平 1999 「「ブルドワン熱病」考—植民地期インドのマラリアと環境」『歴史評論』585: 72-84.