2006年度版

在日外国人HIV陽性者支援のための

アフリカ6カ国 HIV/AIDS治療・ケアの現況

ガイドブック

厚生労働省科学研究費補助金
エイズ対策研究事業
NGO による個別施策層の支援と
その評価に関する研究班

特定非営利活動法人
アフリカ日本協議会

目次

はじめに：本書の発行に当たって 3
本ガイドの趣旨と使い方 5
全体地図 6

南部アフリカ地域（南アフリカ共和国） 7
概要 7
地図 8
第１部　国家概要と HIV/AIDS **を取り巻く状況** 9
１．国のようす 9
２．HIV/AIDS の状況に関する概要 11
３．HIV/AIDS に関する政策動向 13
４．南アフリカにおける援助のプレゼンス 17
５．アパルトヘイトとその負の遺産 17
第２部　南アフリカ共和国・治療とケアへのアクセス 19
１．南アフリカの HIV/AIDS 治療・ケアへのアクセス 19
２．ハウテン州における治療へのアクセス 23
３．ハウテン州における社会保障給付制度へのアクセス 28
４．ハウテン州におけるケア・サポートへのアクセス 35
５．日本から南アに帰国する場合：何が必要か 47

西部アフリカ地域（ナイジェリア・ガーナ） 50

第１部：ナイジェリア 50
１．国のようす 50
２．HIV/AIDS の状況 52
３．日本への移住労働者の動向 55
４．HIV/AIDS への取り組み概要 56
５．治療およびケア・サポートの全国的動向 59
６．地方別のケア・サポート、治療の状況 63
７．国境を越えたリファレンス体制の可能性 70
コラム１：ナイジェリアのゲイ・MSM 運動 72
コラム２：ナイジェリアのリプロダクティブ・ヘルス＆ライツ 72

第2部:ガーナ 74
1．国のようす 74
2．HIV/AIDS の状況 75
3．日本への移住労働者の動向 75
4．HIV/AIDS への取り組み概要 76
5．治療へのアクセス 78
6．ケア・サポート組織概要 78
7．国境を越えたリファレンス体制の可能性 80

東部アフリカ地域(ケニア・ウガンダ・タンザニア) 81

第1部:ケニア 81
1．国のようす 81
2．HIV/AIDS の状況 81
3．ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報 84
4．HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報 88

第2部:ウガンダ 90
1．国のようす 90
2．HIV/AIDS の状況 90
3．ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報 92
4．HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報 94

第3部:タンザニア 94
1．国のようす 94
2．HIV/AIDS の状況 94
3．ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報 98
4．HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報 99

おわりに 100

1. はじめに：本書の発行に当たって

（1）本書の性格

本書は、当会が 2005 年３月に発行した「帰国する在日アフリカ人 PLWHA とケア提供者のためのガイドブック：サハラ以南アフリカの HIV/AIDS ケア・治療の現状～１．東アフリカ編～」および 2006 年３月に発行した「西アフリカ編」に、2006 年に実施した南アフリカ共和国の調査をまとめた「南アフリカ編」を加えて一冊に統合したものです。「東アフリカ編」「西アフリカ編」については、その後の変化にかんがみ、現地への問い合わせや文献調査を行って、2007 年現在で知りうる最新情報にアップデートしてあります。

本書は、日本に在住するアフリカ人の HIV 陽性者と、その支援にかかわるご家族、医療関係者、外国人支援 NGO などの皆様を対象に書いたものですが、各国の HIV/AIDS に関する状況や市民社会の運動、援助の状況なども含めて記述してありますので、援助関係者の皆様にもお読みいただけるものとなっております。多くの方にご活用いただけることを願っております。

（2）在日アフリカ人コミュニティの現状

2006 年現在、日本に在留する外国人の人口は 200 万人程度と考えられています。

サハラ以南アフリカは日本から遠く、世界の中でも人口移動に関わるつながりが薄い地域ですが、それでも、２万～３万人のサハラ以南アフリカ出身者が日本に在住すると言われています。実際に、80 年代後半以降、日本には、多くのサハラ以南アフリカ出身者が生活するようになりました。その職業についても、ミュージシャンや芸能人、ヒップホップ・グッズ店の店長や店員から貿易会社の経営者、地方の建設現場や工場で働く人々まで多様です。

アフリカのどのような国々から、これらの人々が来ているのでしょうか。

在日アフリカ人の中でもっとも人口が多いのは、西アフリカの人口大国ナイジェリアの人々で、5000～8000 人が在留していると言われています。この多くは、ナイジェリア南東部のイボ、南西部のヨルバ、およびその中間の地域に住むエドの人々です。また、同じ西アフリカのガーナの人も 4000～6000 人いるといわれます。それ以外に多いのは、ウガンダ（推定 3000 人程度）、ギニア（推定 1000～2000 人程度）、カメルーン（推定 1000～1500 人程度）、コンゴ民主共和国（推定 500～1000 人程度）、エチオピア（推定 500～1000 人程度）、タンザニア（推定 500～1000 人程度）と考えられています。また、南アフリカ共和国からは、ビジネスを中心に年間 5000 人以上の出入国があるほか、遠洋漁業者の配偶者などとして定住している人も数百人いるといわれています。ただし、これらの数値はいずれも推測で、国勢調査や法務省入国管理局の調査では、総数は少なくなっています。

日本に在留するアフリカ人において特徴的なのは、一つはその男女比の格差です。例えば、平成 12 年度の国勢調査によれば、在日アフリカ人の男性と女性の比率は４対１であり、男性が圧倒的に多くなっています。

また、人口が少ないことから、東京などの大都市やその周辺（千葉・埼玉・茨城など）、愛知県など東海地方、大阪など関西地方ではかなりの規模の相互扶助のコミュニティが形成されています。しかし、地方では、同郷の人もおらず、孤立して生活している人も多いようです。これらの人々は、生活に困窮した場合に、コミュニティの助けもなく困難に直面する可能性が高くなっています。

これら在日アフリカ人の間では、同じ国籍・民族の人々同士で、「在日××人協会」といった相互扶助のための公的なネットワークが作られています。これらのネットワークも、ナイジェリア、カメルーン、ウガンダなど、国によっては、非常に組織化が進み、大使館とも連携して積極的な活動やさまざまな相互扶助活動を展開しています。しかし、そもそもの人数が少ないため、こうした相互扶助組織も、数人のキーパーソンによって運営されていることが多く、これらのキーパーソンが強制送還などに処せられてしまうことによって、相互扶助のネットワークの機能が低下・停止するといったこともよくあることです。

（３）サハラ以南アフリカ出身の人々と HIV/AIDS

サハラ以南アフリカの人々が日本で直面している最大の問題は、就労・失業と在留資格の問題です。日本に在留するサハラ以南アフリカ出身者の多くは在留資格を持っていません。そのため、つねに拘束・収容、強制送還の危険にさらされています。また、仕事についても、つける職種は限られており、就労できても条件は不安定でつねに失業の可能性に直面しています。

こうした「大問題」の陰に隠れて、保健やHIV/AIDSの問題は、必ずしも大きな問題として認識されていません。しかし、在留資格のない人々は、健康を害した場合、社会保障へのアクセスがほとんど認められていないため、深刻な問題に直面しかねません。

厚生労働省エイズ動向委員会のデータによれば、1985 年から 2003 年までの外国人の HIV 事例報告数の中で、サハラ以南アフリカ出身者の占める割合は 9.7%、AIDS 事例報告数では 11.3%で、東南アジア・ラテンアメリカ出身者につぐ比率でした。ラテンアメリカ出身者の人口は約 30 万人であり、サハラ以南アフリカ出身者の少なくとも 10 倍は多いことを考えると、サハラ以南アフリカ出身者の感染率は他の地域の出身者に比べて高いことは明らかです。

さらに、サハラ以南アフリカ出身の人々は、全体としての人口が少ないため、結果として、日本人との関係が十分ではありません。また、相互扶助のためのネットワークはあっても、そのネットワークが動員できる資源が少ない、という問題があります。この点に鑑みれば、サハラ以南アフリカの人々の HIV/AIDS 問題に対しては、当事者の相互扶助活動の活発化に最大の優先順位がおかれるにせよ、日本の市民社会による支援に関して言えば、少なくとも他の外国人の HIV/AIDS 問題と同等、もしくはそれ以上のサポートが必要であるといえます。

（４）国境をまたいだリファレンス体制の構築

日本の出入国管理体制は厳格であり、在留資格のない外国人は、日本人および在留資格のある外国人に適用される医療保障・社会保障の制度の殆どから除外されています。その結果として、日本で HIV 感染が判明した、または AIDS を発症した在留資格のない外国人は、これらの適用を受けられず、医療を受けるには、全額を自費で負担するしかない状況です。日本は HIV/AIDS 治療に関して、極めて高価なブランド薬を使っており、自費による負担は一部の資産家を除いては不可能であると言わざるを得ません。

この場合、課題になってくるのは、「帰国」です。例えばブラジルは、在留資格のない外国人を含む全住民に ARV（抗レトロウイルス薬）治療を無料で提供しており、また、タイにおいても、多くの地域で限定的ではあれ ARV 治療を受けることができます。このように、帰国先で一定水準の HIV/AIDS 治療が受けられる場合、日本国内で、自費でできる最大限の治療を行い、帰国して、早い段階で治療やケアにアクセスできるようにする、国境をまたいでのリファレンス体制の構築が課題となります。

（５）母国での治療・ケア・サポートへのアクセス

サハラ以南アフリカでは、ここ 10 年ほどの間に、多くの国の首都や主要都市、地方などにおいて、HIV/AIDS のケア・サポートを行う NGO・当事者組織が数多く組織され、必要なサービスを行う力を付けてきています。治療については、首都やごく一部の主要都市の病院などにアクセスが限られているケースも多いものの、多くの国で国家による安価な治療アクセスのプログラムが形成され、徐々に開始されつつあります。在日アフリカ人の HIV/AIDS ケースについても、国境をまたいで、ケア・治療に関するリファレンス体制を構築していく展望が開ける状況が見えて来つつあります。

（６）本書における情報

本書では、南アフリカ共和国、西アフリカ諸国（ナイジェリア・ガーナ）、東アフリカ諸国（ケニア、ウガンダ、タンザニア）の 6 カ国で ARV 治療を実施している医療機関に関する情報を掲載しました。

また、これら医療機関やケア・サポート NGO、当事者組織の活動に関する情報についても掲載してあります。また、南アフリカ編については、現地の医療や社会保障のあり方などを、多くの事例を交えて立体的に解説しました。

本書の情報が少しでもお役に立てれば幸いです。

本ガイドの趣旨と使い方

（１）本ガイドの趣旨

本ガイドは、在日アフリカ人の HIV 陽性者、およびそのケア・サポートや治療に当たる医療関係者のために編集されたものです。

本ガイドは、サハラ以南アフリカのうち、最大の経済力を持ち出入国者も多い南アフリカ共和国、日本への移住労働者の主要な送り出し国である西アフリカのナイジェリアとガーナ、および日本とも関係が深い東アフリカのケニア・ウガンダ・タンザニアの三国について、以下のことを扱っています。

１．国のようす

（１） 基礎的統計

（２） 最近の政治情勢

２．HIV/AIDS の状況

（１） HIV/AIDS の全国的動向

（２） HIV/AIDS の地域的動向

（３） HIV/AIDS に関する政策動向

（４） 個別の動向

a) ケア・サポートの動向

b) 治療の動向

３．ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報

４．HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報

また、南アフリカ共和国については、医療・福祉を取り巻くさまざまな状況について、さまざまな事例をもとに立体的な記述を試みています。

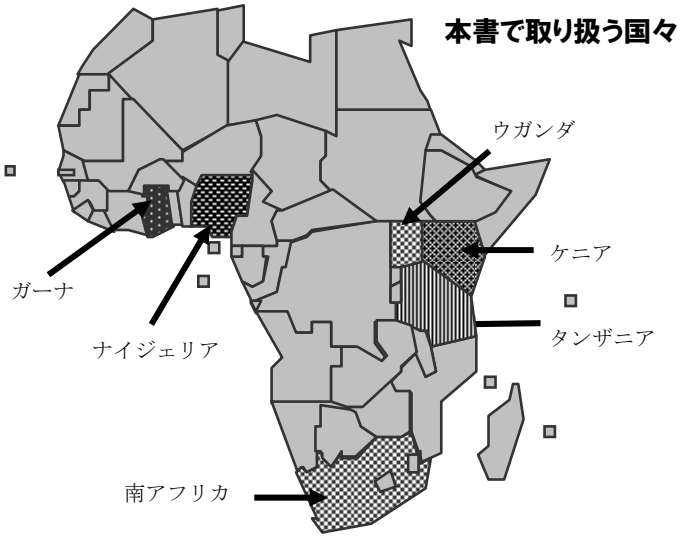
ここに収録した概況および活動紹介は、本ガイドを編集した（特活）アフリカ日本協議会が、現地調査および現地の NGO や政府機関・国際機関等への問い合わせによって得たり、多くの協力者の皆様からの情報を元にして作成したものです。もちろん、当方の収集し得た情報には限界があり、これらの国の全ての地域をカバーしているわけではありません。また、紹介する組織や機関についても、その全貌を把握しているわけではありません。この限界については、本書の中でなるべく明確に示すよう努力しました。

（２）本ガイドの活用方法

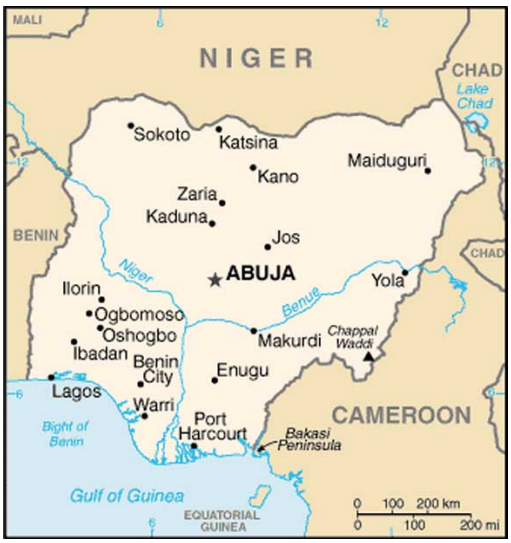
本ガイドから、HIV/AIDS に関する各国の政策の概要、および NGO や医療機関の活動状況などを知ることができます。また、限定的ですが、NGO や医療機関の連絡先などについても知ることができます。これらの団体にコンタクトをとりたい場合には、本ガイドの編集責任団体である（特活）アフリカ日本協議会にご一報下さい。こちらから連絡をとるか、もしくは連絡先を直接お伝えするようにします。連絡先は、以下の通りです。

（特活）アフリカ日本協議会

- 担当者：稲場　雅紀（国際保健プログラム・ディレクター）
- 住所：110-0015　東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル２Ｆ
- 電話：03-3834-6902
- ＦＡＸ：03-3834-6903
- 電子メール：info@ajf.gr.jp
- URL: http://www.ajf.gr.jp/



※注：南アフリカ共和国の地図に関しては、8ページを参照のこと。



ナイジェリア連邦共和国の主要都市の位置
（出典：CIA World Factbook）

ガーナ共和国の主要都市の位置
（出典：CIA World Factbook）

ケニア共和国の主要都市の位置
（出典：CIA World Factbook）

ウガンダ共和国の主要都市の位置
（出典：CIA World Factbook）

タンザニア連合共和国の主要都市の位置
（出典：CIA World Factbook）

南アフリカ共和国
Republic of South Africa

概要 Executive Summary

南アフリカ共和国はアフリカ随一の経済力を持つ大国であり、GDP（購買力平価）は世界 21 位、世界銀行の分類では「高中所得国」（Upper Middle-Income Country）にあたります。一方で、貧富格差はブラジルと並んで世界の主要国中最大であり、失業率は公式統計でも 35%を越え、国民の多くは貧困な生活を強いられています。国連開発計画の「人間開発指数」（HDI）は 0.653 で、世界 121 位です。この背景には、オランダ、英国の植民地支配とそれに続くアパルトヘイト（人種隔離政策）の負の遺産があります。HIV については、南アは 2005 年現在で 550 万人の HIV 陽性者を抱え、成人感染率は 18.8%となっています。HIV の巨大なインパクトにも関わらず、南ア政府は 90 年代後半から「エイズ否定」とも批判される消極的なエイズ政策をとり続け、公的医療で抗レトロウイルス治療を導入したのは 2003 年になってからでした。

その後、治療プログラムの進展により、2006 年現在、公的医療で 11 万人余、民間医療で６万人余が治療にアクセスしています。また、1994 年のアパルトヘイト廃止以降、貧困層の生活を支える社会援助給付制度（Social Assistance Grants）制度も曲がりなりには存在しています。また、HIV 陽性者のケア・サポート・グループも数多く存在しています。ですので、日本で HIV 感染が判明した南アの HIV 陽性者が帰国した場合、治療や社会保障にアクセスできる可能性はあります。

しかし、公的サービスの非効率なマネジメントや能力不足、腐敗などにより、これらの制度へのアクセスに時間がかかったり、トラブルが生じることなども多く、適切なアクセスを得るには、本人の多大な努力が必要な場合が多くあります。また、南アでは HIV は極めて深刻な問題であるため、社会には差別・スティグマが大きく存在しています。これらの点で、南アは HIV 陽性者にとって過酷な国であるということができます。

南ア出身の HIV 陽性者が帰国する場合には、帰国先での治療アクセスや日常生活において多くの問題に直面することが予想されるので、本人とよく相談した上、帰国先の医療機関向けの詳細な紹介状の交付、帰国先の病院やケア・サポート・グループの特定とリファレンスなどに関して、日本側で最大限の努力をする必要があります。

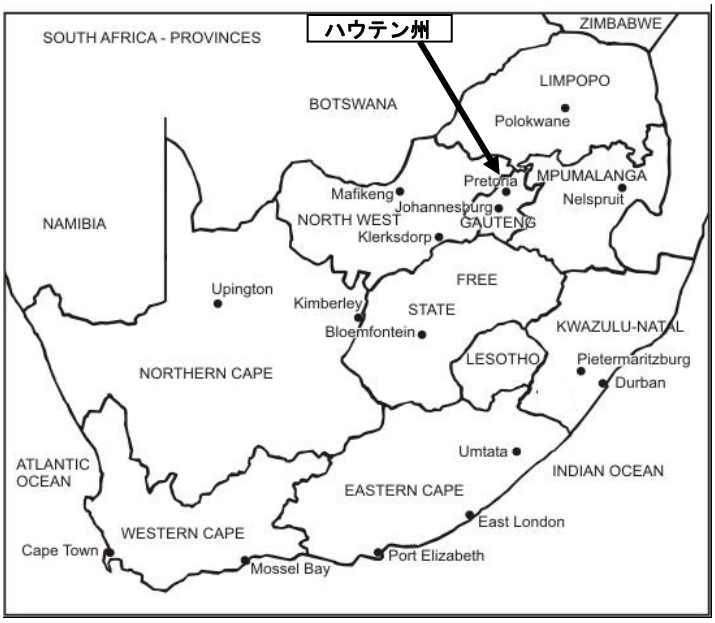
以下のことを知りたい方は、本章の以下のページをお読み下さい。

○南アの治療アクセス 19 ページ
○南アの社会援助給付制度 28 ページ
○南アの HIV ケア・サポート 35 ページ
○南アへの帰国にあたって必要な検討事項 47 ページ
○南アの全体的な政治・経済・社会状況 9 ページ
○南アの HIV/AIDS に関する状況 11 ページ
○南アの HIV 政策について 13 ページ

（地図１）南アフリカ共和国の州

地図は以下のウェブサイトから入手。
http://www.anc.org.za/images/maps/samapo.gif

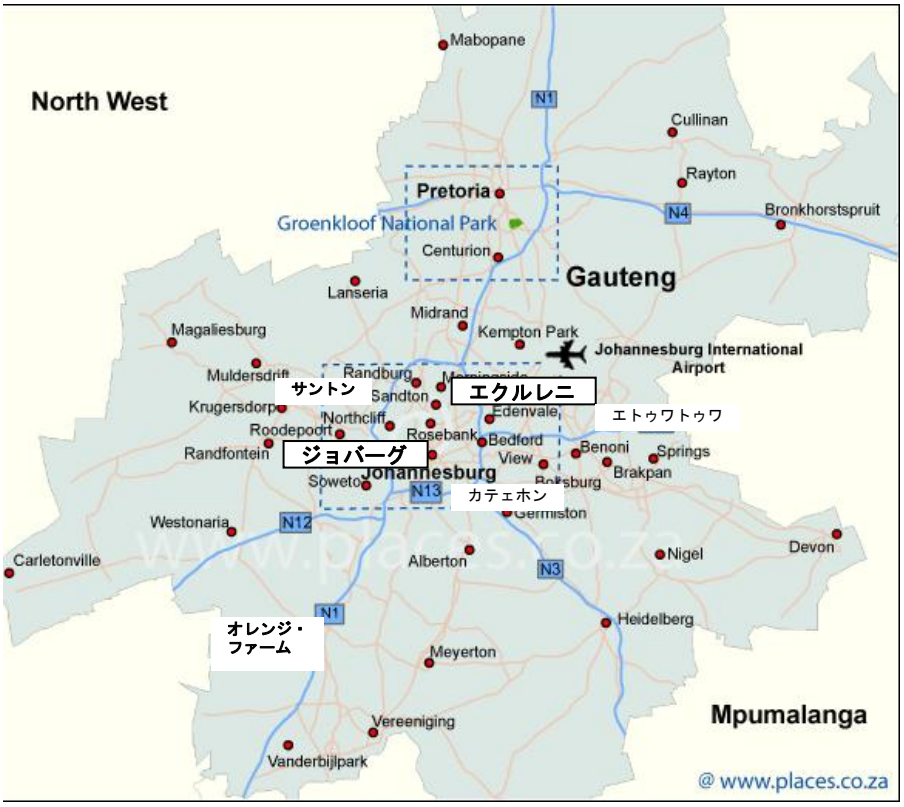
※本編で中心に扱う「ハウテン州」は南アの北東部に位置する州で、南アの州の中ではもっとも面積が小さい。



（地図２）ハウテン州の都市：本書であつかう地域

地図は以下のウェブサイトから入手。
http://www.places.co.za/maps/gauteng_map.html

〇中央の環状道路（一周 90 キロ程度）内およびその周辺がジョハネスバーグ（ジョバーグ）。環状道路の東（右）側にエクルレニ（旧称イーストランド）が広がる。ジョハネスバーグの北方 30 キロにあるプレトリアが南アの行政首都となっている。



第１部　国家概要と HIV/AIDS を取り巻く状況

１．国のようす

（１）基礎的統計

〇面積：121 万 9912 平方キロメートル
〇人口：4690 万人（2005 年中間センサス）
〇民族：
- ✓ 先住民の人々：コイ Khoi、サン San
- ✓ アフリカ系の人々（79%）：
  - ➢ ングニ系 Nguni（ズールー Zulu、コサ Xhosa、ンデベレ Ndebele、スワジ Swazi）、
  - ➢ ストゥ＝ツワナ系 Sotho-Tswana（南・北ストゥ Northern/Southern Sotho、ツワナ Tswana）、
  - ➢ ツォンガ Tsonga、
  - ➢ ヴェンダ Venda など
- ✓ アフリカ周辺国からの移民・難民
- ✓ 混血の人々（8.9%）：カラード Coloured[1]
- ✓ アジア系（2.5%）：インド系 Indians 他
- ✓ ヨーロッパ系の人々（9.6%）：アフリカーナ（オランダ系） Afrikaner、英国系、その他

〇言語：ズールー語 IsiZulu（23.8％）、コサ語 IsiXhosa（17.6%）、アフリカーンス語 Afrikaans（13.3％）、北ストゥ語 SeSotho sa Leboa（9.4％）、英語 English（8.2％）、ツワナ語 Setswana（8.2%）、ストゥ語 SeSotho（7.9%）、ツォンガ語 Xitsonga（4.4％）、スワティ語 SiSwati（2.7%）、ヴェンダ語 TshiVenda（2.3%）、ンデベレ語 IsiNdebele（1.6%）、以上が公用語。他 0.5%（2001 年センサス）
〇国内総生産：5408 億ドル（2005 年推定：購買力平価＝CIA World Fact Book）
※公定レートでの国内総生産：1873 億ドル（2005 年推定）
〇経済成長率：4.9%（2005 年推定）
〇一人当たり国内総生産：12200 ドル（2005 年推定、購買力平価）
〇家計収入分配に関するジニ係数：0.77（2001：Human Sciences Rresearch Council）
〇人間開発指数（HDI）：0.653（177 カ国中 121 位）
〇乳児死亡率：60.66（1000 人中：男児 64.31、女児 56.92）
〇誕生時平均余命：42.73 年
※男性：43.25 年、女性：42.19 年（2006 年推定、CIA World Factbook）
〇識字率：86.4%
※男性 87%、女性 85.7%（2003 年推定）
〇大統領：ターボ・ムベキ大統領　Thabo Mbeki

（２）最近の政治・経済情勢の概要

a)最近の流れ

南アフリカ共和国は、アフリカ最大の経済規模を持つ大国です。

南アフリカ共和国では、1948 年以来続いてきた人種隔離政策（アパルトヘイト）の廃止が 1991 年に宣言され、1994 年に初めて全人種参加の総選挙を実施、アパルトヘイト廃止を求める最大の組織であったアフリカ国民会議[2]（ANC：African National Congress）が勝利してネルソン・マンデラが大統領に就任しました。1996 年には、人権の尊重とあらゆる差別の禁止などを盛り込む先進的な南アフリカ共和国憲法が採択（1997 年に発効）されました。1999 年の総選挙の後、副大統領であったターボ・ムベキがネルソン・マンデラに代わる ANC 政権の第２代大統領に就任。2004 年の総選挙でも ANC が勝利し、ムベキ大統領は再任されました。

ANC はその長い歴史においてアパルトヘイト廃止に向けた国民的な運動の主柱であり続けたことや、ネルソン・マンデラという世界的な英雄を生み出したことから、その政治的体質の如何に

[1] 「カラード」には混血の人々の他に、マレー系など一部のアジア系の人々も含む。

[2] 一般には「アフリカ民族会議」という訳が当てられている。

かかわらず、国民の圧倒的多数において正統な政治勢力としての位置づけを有しており、ムベキ政権も、基本的に安定した政権基盤を享受しています。

なお、かつてアパルトヘイト下の政権政党として ANC を徹底弾圧してきた南ア国民党（新体制のもとで「新国民党」と改名したが、その後解党）は ANC との合流を選択しました。ANC 以外の政党としては、民主同盟（DA）、ズールー人の民族政党であるインカタ自由党（IFP）、カラードの女性政治家パトリシア・デ＝リラが率いる独立民主党（ID）などがあります。一方、南ア共産党（SACP）は、ANC の主要な構成要素の一つをなしています。

b)経済概要

南アフリカ共和国は、経済規模の大きな国としては、ブラジルと並んで世界でもっとも貧富の格差の大きい国です。先進工業国とならぶ工業力、経済力を持ち、開発も進んでいますが、他方、圧倒的多数の人々が極端な貧困にさらされています。この二極化した構造は、もともとアパルトヘイト体制にその根を持っています。そもそもアパルトヘイト体制は、経済体制としては、人口の10%以下の少数派である白人が、それ以外の人種を人種隔離の枠組みに押し込み、徹底した低賃金で酷使することで国家の開発と成長をなしとげ、その富を独占することを目的にした体制でした。この経済体制により、南アフリカの経済は、極端にゆがんだ富の配分をその特徴とするようになりました。

94 年のネルソン・マンデラ政権発足により、法的にはアパルトヘイト体制は完全に駆逐されましたが、経済的には、アパルトヘイト体制は克服されず、むしろ、富の偏在と不公正な分配はグローバル経済との統合の中で近代化・再編・強化されたとの評価もあります。南ア政府は 94 年、「復興開発計画」（RDP：Reconstruction and Development Programme）を策定し、貧困層の雇用創出や住宅の確保、インフラ整備などの取り組みを開始しました。しかし、経済回復のスピードが遅れたことから、96 年、政府は「成長・雇用・再分配＝マクロ経済戦略」（GEAR: Growth, Employment and Redistribution: A Macro-Economic Strategy）を策定し、規制緩和と自由化に基づくグローバル経済への再統合への方向性を追求しました。この路線は、とくにアフリカにおける南ア資本の進出の拡大などに結実し、南アはここ数年、年率４ー６％の安定した経済成長を続けるに至っています。

しかし、この路線は、貧富の格差をますます拡大し、貧困層をより貧困な状況に追いやることにもつながりました。貧富の格差をはかる「ジニ係数」をみると、格差はアパルトヘイト廃止後の 1994 年には 0.68 だったものが、2001 年には 0.77 へと拡大しています。こうした中で、貧困や社会のゆがみを原因とする凶悪犯罪が多発し、大都市を中心に治安が極端に悪化しています。また、生活の改善がいっこうに実現しない状況で、貧困層を中心に、政府への潜在的な不満が拡大しています。

このようなことを背景として、南アフリカ政府は 2006 年、さらに高い経済成長を目指すと同時に、その恩恵が貧困層にも共有されることを目指して、「成長の促進と共有のためのイニシアティブ」（ASGI-SA: Accelerated and Shared Growth Initiative for South Africa）を策定しました。ASGI-SA は、2014 年までに貧困と失業を半減させるという目標を掲げています。しかし、格差是正の道のりは遠く、すでに目標達成を危ぶむ声が多いのも実情です。

c)今後予想される政治的な問題

先に述べたとおり、ムベキ政権の基盤は現在のところ安定していますが、波乱要因も存在しています。ANC 政権は、ANC と、反アパルトヘイト闘争を支えた南ア共産党、南ア最大の労働組合連合である南ア労働組合会議（COSATU）という主要な政治・労働セクターの協調によって存在していますが、現在のムベキ政権のグローバル経済との協調政策は、ここに亀裂を生みつつあります。ムベキ大統領は 2005 年、盟友であったジェイコブ・ズマ副大統領を解任しました。解任の理由はズマの汚職疑惑によるものとされましたが、この背景には、とくに ANC 内左派を基盤として人気のあるズマとムベキとの確執が存在したと言われ

ています。ズマはCOSATUなど左派からの一定の支持によりこの危機を乗り切り、汚職容疑で起訴されたものの無罪とされたことから、2009 年に大統領職を退くことが確実なムベキの後継者として、ズマの名前が再びANC内において浮上しています。

このように、現政権およびANCは現在までのところ、表面上は安定的に推移していますが、南アの社会・経済状況は深刻な亀裂を抱えており、それが今後、政治に反映してくることは必至と考えられます。

2. HIV/AIDS の状況に関する概要

(1)HIV/AIDS の全国的動向

南アフリカ共和国は、2006 年現在、インドに次いで世界で２番目に多くのHIV陽性者を抱えている国です。つい最近まで、南アフリカは世界で最も多くのHIV陽性者が在住する国でした。また、南アの人口は4700 万人で、インドの 20 分の１にも達しないことを考えれば、南アにおけるHIVのインパクトはインドよりもはるかに大きいということができます。

国連合同エイズ計画（UNAIDS）と世界保健機関（WHO）の 2005 年度の発表数値は以下の通りです。

HIV 陽性者人口 ・児童（14 歳以下） ・成人（15 歳以上） ・女性（15 歳以上）	**550 万人（490～610 万人）** 24 万人（9.3～50 万人） 530 万人（480～580 万人） 310 万人（280～340 万人）
成人感染率（15～49 歳）	**18.8%（16.8～20.7%）**
AIDS による死者	**32 万人（27～38 万人）**
エイズ遺児人口	**120 万人（97～140 万人）**

南アでは1990 年から各州で産科医院（antenatal clinic）における定点サーベイランス（sentinel surveillance）が開始されましたが、90 年当初は、HIV 感染率は１％以下でした。しかし、その後毎年急速にHIV感染率が拡大し、98 年には 20%を越えるまでになりました。さらにその後も感染拡大のスピードは減速せず、2003 年現在、産科医院での定点サーベイランスでは、27.9%の感染率を記録しています。

南アフリカ共和国のHIV感染率が急速に上昇した理由は複合的ですが、一つ挙げられるのは、南アの経済システムの中で、貧困層の男性においては大都市や鉱山、農場など特定の地域・場所への出稼ぎ労働が一般化していたこと、女性においては現金収入にアクセスする数少ない方法の一つがセックス・ワークであったことです。限られた場所に集中した男性の単身労働者が、当該地域でセックス・ワークを利用したり、複数のパートナーと関係を持つという構造になりました。その結果、当該地域にHIVが入ってくることにより、ま

ずその地域できわめて効率的に HIV 感染が起こり、その後、彼らが地方に帰ることによって、地方でも HIV 感染が拡大する、ということになったわけです。

南部アフリカは現在、HIV の影響を最も強く受けている地域となっていますが、南アフリカ共和国はその経済的中心であり、南部アフリカ地域における HIV 感染拡大は、南アフリカをその最大の震源としているということができます。

（２）HIV/AIDS の地域的・人口的動向

南アフリカ共和国は９つの州で構成されていますが、感染のトレンドは各州によって多少、異なります。南アにおける２歳以上の HIV 陽性率を州別でみると、以下のようになります。[3]

クワズールー・ナタール州 Kwazulu Natal	16.5%
ムプマランガ州　Mpumalanga	15.2%
フリー・ステート州　Free State	12.6%
北西部州　North West	10.9%
ハウテン州　Gauteng	10.8%
東ケープ州　Eastern Cape	8.9%
リンポポ州　Limpopo	8.0%
北ケープ州　Northern Cape	5.4%
西ケープ州　Western Cape	1.9%
全体	10.8%

これをみるに、上位５州は南アの東部・中部地域にあり、すべて隣接しています。そこから北部のリンポポ州、西部の東ケープ州に移動するに従って感染率が低下し、西南端の西ケープ州では、感染率はサハラ以南アフリカの平均よりもかなり低くなっています。

一方、性別の感染率を見ると、男性が 8.2%なのに対し、女性が 13.3%と女性の方が多くなっています。異性間性行為においては、女性の方が男性よりも HIV に感染する確率が高く、HIV が一般人口の中に大きく広がるにつれて女性の感染率が高くなります（HIV の女性化 feminisation）。すでにサハラ以南アフリカ全体でも、女性の感染率が男性を上回っていますが、これは、この地域で感染が全体化（generalized）していることを示すものです。

人種別の感染率を見ると、以下のようになっています。

・アフリカ系	13.3%
・白人	0.6%
・カラード	1.9%
・インド人	1.6%

ということで、アフリカ系の感染率が格段に多いことが分かります。これは、アフリカ系の人々が、経済的に圧倒的に低い位置におかれ、HIV に関する情報にもアクセスしにくいなど、他人種に比べてきわめて脆弱な状況におかれていることを示すものです。

また、感染のトレンドも人種によって異なっています。白人においては、HIV 感染は同性間の性的接触によるものが一定の割合を占めるなど先進国型であり、感染トレンドも「局限流行期」（Concentrated Epidemic）にあると考えられます。これに対してアフリカ系住民においては、同性間性的接触による感染も当然、相当数存在するものの、圧倒的に多くが異性間の性的接触によるものであり、感染トレンドも「広汎流行期」（Generalized Epidemic）の状態にあります。

さきの州別統計にも、人種による感染率の違いが反映しています。西ケープ州で感染率が低いのは、他州にくらべてアフリカ系の人口が少なく、白人やカラードの人口が多いことを反映しています。

（３）南アと日本の人口移動および HIV/AIDS

南アから日本に渡航する人は毎年 4000-5000 人前後であり、その多くはビジネス目的の短期滞在であると思われます。ナイジェリアやガーナ、ウガンダなどと異なり、南アから出稼ぎ労働者として来日する人々はあまり多くありません。

しかし、上述の通り、南アは本国での HIV 感染

[3] このデータは、2005 年に行われた保健省によるサーベイランス調査による。出所：
http://www.avert.org/safricastats.htm
なお、UNAIDS/WHO による南アの成人感染率（2005 年）は 18.8%である。成人感染率とは、一般に 15ー49 歳の労働人口に於ける感染率を指す。一方、本件統計は２歳以上の南ア市民全体の感染率であるため、数値は成人感染率の半分強となっている。

率が高く（成人の 20%弱）、日本で HIV 陽性が判明するケースもないわけではありません。

後述しますが、南アでは、抗レトロウイルス薬（Antiretroviral Medicines: ARV）による治療（Antiretroviral Therapy：ART）を含む HIV 治療は、公的医療としては 2004 年に開始され、アフリカ諸国の中では相当の規模で行われており、社会保障制度も存在しています。南アに帰国して HIV 治療にアクセスできる可能性はあります。しかし、南アの社会は複雑かつ多くの問題を抱えており、スムーズに治療アクセスを行うためには、帰国前段階での日本での相当の準備と、本人の多大な努力が必要です。南ア出身の HIV 陽性者の方に本国への帰国を勧める場合、なるべくスムーズな治療アクセスができるように、日本側も相当程度努力する必要があります。

3. HIV/AIDS に関する政策動向

(1)現在の政策的動向とその経緯

UNAIDS は各国の HIV/AIDS 対策の統合化・効率化の指針として「３つの統一」（Three Ones）を提唱しています。これは、各国が一つの政策枠組み、一つの実施調整機関、一つのモニタリング・評価機関をもつべきというものです。ここでは、「政策枠組み」と「実施調整機関」についてみたいと思います。

a)南アにおける HIV/AIDS 政策枠組み

南アフリカ政府は 2000 年、「HIV/AIDS・性感染症に関する国家戦略計画　2000-2005 年」（National Strategic Plan on HIV/AIDS and STI 2000-2005）を策定しました。

この国家戦略は、南ア政府における、南ア国家エイズ評議会（South African National AIDS Council）を中心に省庁間・セクター間連携（マルチセクトラル・アプローチ）を構築すること、および、予防、治療・ケア、研究・モニタリング・サーベイランス、人権など、各種領域において実施すべき課題をまとめることを主眼にした簡潔かつ包括的なものですが、2000 年に策定されたという時期の限界や、後述するように南ア政府は抗レトロウイルス治療の実施に消極的だったこともあり、抗レトロウイルス治療については、あまり記述がありません。

その後、南ア政府は 2003 年８月、内外から高まった国家医療プログラムにおける抗レトロウイルス療法の導入の要求を受け入れ、11 月に「南アフリカ・HIV/AIDS 包括的ケア・マネジメントおよび治療実施計画」（Operational Plan for Comprehensive HIV/AIDS Care, Management and Treatment for South Africa）を策定しました。この計画では、UNAIDS と WHO が推進していた「３×５」イニシアティブ（2005 年末までに 300 万人に治療を供給する）をにらんで、HIV 陽性者に包括的な治療とケアを提供することと、南アの全国レベルでの保健システム強化を行うことを統合

的な目標に掲げ、１年以内に、全国 53 の保健区（health district）全てに最低１カ所の治療サービスポイントを設けること、５年以内に、包括的な治療とケアを、必要とする全ての南ア国民と永住権保有者に提供できるようになることを治療面での目標に掲げました。

さらに、自発的カウンセリング・検査（VCT）とケア、そして治療をつないでいくこと（Care Continuum）、栄養にかかわる取り組みを行うこと、伝統薬にかかわる取り組みを行うことなど、さまざまな分野を包括する方針となりました。

現在、南アでは、こうした方針を引き継いで、2007 年から 2011 年までの５年間に関する国家計画である「HIV/AIDS・性感染症に関する国家戦略計画　2007-2011 年」（National Strategic Plan on HIV/AIDS and STI 2007-2011）の策定が進められ、市民社会からの意見募集などが行われている最中です。

b)南アフリカにおける HIV/AIDS 対策の実施調整機関

南アフリカ共和国における HIV/AIDS 対策の実施調整機関として設置されているのが南アフリカ国家エイズ評議会（SANAC: South Africa National AIDS Council）です。

南アでエイズ対策の形成のための組織が最初に作られたのは、アパルトヘイト撤廃に向けたプロセスが進んでいた 1992 年で、設立されたのは「南ア国家エイズ委員会」（NACOSA：National AIDS Committee of South Africa）です。NACOSA が策定したエイズ計画は 1994 年に国家エイズ計画として策定されましたが、エイズ対策自体はセクター間でではなく、保健省の管轄となりました。

その後、保健省の進めたエイズ対策にはさまざまな問題が生じ、政府のリーダーシップも欠落していたため、HIV 感染の拡大にもかかわらず、ほとんど進行しませんでした。

その後、エイズ対策はセクター間・省庁間連携で実施するべきとの国際的な流れの中で、南アでは 2000 年に SANAC が組織されました。SANAC は副大統領を議長とするセクター間・省庁間連携の HIV/AIDS 対策調整機関です。しかし、せっかく設立された SANAC も、後で述べるように南ア中央政府のリーダーシップの欠如、保健省による政策の独占、SANAC の議長であったズマ副大統領のエイズ対策へのリーダーシップの弱さなどもあり、あまり機能しませんでした。

SANAC が本来期待された役割を果たせるようになってきたのは、2005 年に解任されたズマ副大統領の後任として、プムジレ・ムランボ＝ンッカ副大統領が就任し、さらに 2006 年にマント・チャバララ＝ムシマン保健大臣が入院して、より現実的な認識を持つノジズウェ・マヂャラ＝ルートリッジ保健副大臣の役割が大きくなってきてからです。今後、ムランボ＝ンッカ副大統領とマヂャラ＝ルートリッジ保健副大臣のラインで SANAC が動き出せば、SANAC はより積極的なエイズ対策を中央レベルで指導できるようになると考えられます。

c)南アにおける HIV/AIDS 対策のポリティクス

南アフリカ共和国は、いうまでもなく世界でもっとも HIV/AIDS の影響を受けている国家です。また、南アは 94 年のアパルトヘイト撤廃以降、国際的には、民主的で人権を尊重する進歩的な国家として表象されてきました。ところが、HIV/AIDS 対策に関しては、きわめて奇妙な事象が生じていました。それが、ムベキ大統領の奇怪な「エイズ否定」ポリシーと、それと連動するマント・チャバララ＝ムシマン保健大臣による「エイズ治療否定」の動きです。

ムベキ大統領は 2000 年の SANAC 形成前後に「HIV が AIDS の原因であるとは思えない」との発言を行い、SANAC とは別に、HIV と AIDS の因果関係を否定する非主流派の学者を招いて大統領諮問委員会を編成しました。また、ダーバンで開催された国際エイズ会議においても、大統領は演説中に同趣旨の発言を行いました。

チャバララ＝ムシマン保健大臣は、ムベキ大統領のこうした意向と連動して、一貫して、南アにおける抗レトロウイルス治療の導入に消極的な動きを展開してきました。同大臣は、クワズールー・ナタール州や西ケープ州での、州独自での ARV 導入の動きを妨害したり、本来実現可能なはずの

ネビラピンを活用した母子感染予防プログラムの実施を遅らせるなど、南アのエイズ対策を後退させるような方針を常に出していました。

なぜ南ア中央政府がこうした政策をとり続けたのか、理由は定かではありませんが、いくつか考えられる理由として、a)90 年代のエイズ政策の失敗（95 年の南ア保健省によるエイズ啓発劇への不透明支出事件、97 年の南ア政府がエイズ治療薬として推奨した薬「ヴィロディン」が偽薬であった事件など）によるネガティブなインパクト、b)いわゆる「エイズ陰謀説」（＝「ARV は黒人の人口を減らすための白人による罠である」といった）の影響、などがあげられます。また、より現実的なレベルで考えられることとしては、南アの HIV/AIDS 問題はあまりにも規模が大きく、治療に正面から取り組もうとする場合、極端に高額な出費、および、医薬品の知的財産権にかかわる国際的なルールに正面からぶつからなければならなくなる可能性があり、それが南アの経済成長路線を阻害する可能性があった、という要因もあるでしょう。いずれにせよ、こうした政策は、南アのエイズ対策の十分な進展を阻むものとして機能しました。

d) エイズ対策を前進させてきた市民社会

こうした南ア政府の消極政策に正面から立ち向かったのが、南アの HIV 陽性者を中心とする市民社会運動でした。1998 年、もともと「全国レズビアン・ゲイ平等連合」（NCGLE: National Coalition for Gay and Lesbian Equality）のリーダーとして同性愛者解放運動を積極的に展開していたマレー系（カラード）の南ア人活動家、ザッキー・アハマット Zackie (Abdurazzack) Achmat が、南ア最大の都市ジョバーグ（ジョハネスバーグ）にあるウィットウォーターズランド大学の「エイズ法プロジェクト」（AIDS Law Project）のリーダーであったマーク・ヘイウッド（Mark Heywood）らと結成した「治療行動キャンペーン」（TAC：Treatment Action Campaign）は、南アのすべての人々に公的医療において ARV を含むエイズ治療を保障することを求め、南ア政府を相手に積極的なアドボカシー運動を展開しました。2001 年には、南ア政府にネビラピンによる母子感染予防プログラムの実施を求めて提訴、2002 年に勝訴を勝ち取りました。2003 年３月には、すべての人の治療アクセスを要求して「第２の反アパルトヘイト闘争」として「市民的不服従キャンペーン」（Civil Disobedience Campaign）を内外から展開。この運動が南ア政府を追い込み、「公的医療における ARV 導入」が決定され、上記の包括的治療計画の実施が実現したのです。

その後 TAC は、政府が治療計画のタイムテーブルを公開していなかったことに対して、公開を要求する裁判を行う一方、政府が 2005 年３月までに 53, 000 人に公的医療で ARV を供給するという目標を掲げたにもかかわらず、2004 年 11 月の段階で 15,000 人しかアクセスできていなかったことに対して、全国で街頭キャンペーンを展開しました。これにより政府の政策実施がスピードアップし、結果的に、2005 年３月には 35,000 人が公的医療の枠内でアクセスできるようになりました。

さらに、2006 年８月には、TAC はダーバンの刑務所で獄中者が ARV へのアクセスを拒絶されて死亡したことに関して、国内外でキャンペーンを行いました。これが、ちょうど同時期に行われたカナダ・トロントでの国際エイズ会議でエイズ対策の主要なリーダーたちが南アのエイズ政策とチャバララ＝ムシマン保健大臣の政策を厳しく批判するという結果につながりました。恥をかいた南ア政府は、チャバララ＝ムシマン保健大臣の病気入院を奇貨として、エイズ対策にムランボ＝ンッカ副大統領、マヂャラ＝ルートリッジ保健副大臣を起用して積極的なエイズ対策を導入したわけです。

TAC は、こうした世界的なアドボカシー運動をリードする一方で、国内では、とくにエイズ治療に関するリテラシーの向上、HIV 陽性者団体の活動の拡大を軸に、草の根の活動に大きく根を張っています。南アのエイズ政策は、中央政府のネガティブな政策介入によって妨害されながらも、こうした市民社会の積極的な運動と、それと連動する労働界、医療関係者、地方や中央の末端から中堅のスタッフたちによって、各種の局面では後退を迫られつつも、全体としては前進してきたとい

うことができます。

（２）現在の治療の状況

南アフリカ共和国では、上記に述べたとおり、2003 年 11 月に策定された包括的ケア・マネジメントおよび治療実施計画に基づき、2004 年から、公的医療の枠内で、全国各州において ARV を含む HIV/AIDS 治療が展開されています。

2005 年６月現在、南アで 2005 年末段階で ARV 治療を受けることができている人口は、まず、公的医療によってアクセスしている人々が約 111,800 人、民間医療機関でアクセスしている人々が約 60,000 人存在しています。これは、サハラ以南アフリカ諸国の中では相当の規模であるといえます。

これは、わずか４年前の 2002 年時点では公的医療による HIV 治療すら始まっておらず、40,000 人しか民間医療の枠内でエイズ治療にアクセスできていなかったことを考えれば、長足の進歩であるとはいえます。しかし、2006 年現在、南アで治療を必要とする HIV 陽性者の人口が 837,000 人を数えることに照らせば、まだまだ十分とは言えません。

南アの公的医療機関でのエイズ治療において使用されている治療薬の選択処方は以下の二つです。

	一般名	ブランド薬商品名
第１処方	スタブジン d4T ラミブジン 3TC ネビラピン NVP	Zerit（ゼリット） Epivir（エピビル） Viramune（ビラミューン）
	スタブジン d4T ラミブジン 3TC エファビレンツ EFZ	Zerit（ゼリット） Epivir（エピビル） Stokrin（ストックリン）
第２処方	ジドブジン AZT ジダノシン ddI リトナビル＋ロピナビル RTV+LPV	Retrovir（レトロビル） Vitex（ヴァイテックス） Kaletra（カレトラ）

第２選択処方は、第１選択処方に薬剤耐性ができた場合に移行する形で用いられます。いずれにせよ、薬剤の組み合わせは限られています。

また、次の章で詳述しますが、南アにおいては、とくにアフリカ系の HIV 陽性者にとって、貧困や生活の不安定、悪い生活環境、失業、社会保障制度の問題など、治療の継続を阻むさまざまな要因が存在しています。治療リテラシーの向上にむけたさまざまな努力とともに、治療の継続を阻む外的な要因をどう取り除いていくかが、今後、国レベルで治療導入を成功させていく上で不可欠な要素であるということができます。

4. 南アフリカにおける援助のプレゼンス

南アフリカ共和国は、工業力の観点で言えば、先進工業国としての実力をもち、また、金を始めとして、鉱物資源にも富んでいます。その結果、国内総生産（GDP）の額（購買力平価）でみると世界第 21 位の経済力を有し、一人当たり国民所得（GNI）による世界銀行のランク付けでは「高中所得国」（upper-middle income country）にあたります。

一方、国連開発計画（UNDP）の「人間開発指数」で見ると、南アの数値は 0.653 であり、世界第 121 位（177 カ国中。2006 年）となっています。多くのサハラ以南アフリカ諸国よりは上位ですが、中南米、北アフリカ諸国などよりも下位に位置し、全体の中でも下半分に位置付いています。経済的パフォーマンスと人間開発指数がこれほど乖離しているケースはあまりなく、南アフリカ共和国における社会の断裂の程度がいかに甚だしいかということを表しています。

その経済規模の大きさと「高中所得国」としての位置づけから、南アフリカ共和国は、他のアフリカ諸国と異なり、大規模な援助の対象とはなっていません。日本の国際協力機構（JICA）の国別援助実施計画によると、南アの国家予算に占める各国の援助の割合は 1.4%に過ぎず、援助国や国際機関による援助協調の進展もありません。各援助機関は、上記の断裂した状況を個別の現場において解消していくための援助、また、特に深刻な HIV/AIDS に関する支援などを行っています。

南アの HIV/AIDS 対策は、基本的には、前項で説明したような国家計画に則って、国家の財源によって行われています。HIV/AIDS に関わる大規模な援助としては、米国国際開発庁（USAID）が、州レベルでの能力強化、行動変容、コンドームの供給や、NGO・研究機関に対する複合的な支援を行っています。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）はこれまで、南アフリカ共和国を対象に合計５件の案件を承認し、その資金でプロジェクトが実施されています。

5. アパルトヘイトとその負の遺産

南アフリカ共和国における HIV/AIDS の問題を考えるとき、忘れてはならないのが、1948 年に本格施行され 94 年まで継続したアパルトヘイト（人種隔離）体制です。

「アパルトヘイト体制」は、単なる意匠としての「人種差別」に終わるものではありません。それは、それまでの植民地統治などの歴史を踏まえて、南アフリカの白人政権が数十年にわたって国家意志をもって作り上げた、人種差別に基づく政治・経済・社会システムのことです。この体制は、白人の多数派であるオランダ系アフリカーンス人の政党である「国民党」が政権をとった 1948 年に開始されました。そこには、ナチス・ドイツなどファシストの思想的影響があったことも明白です。

アパルトヘイト体制においては、人間を人種によって区分し、白人（オランダ系アフリカーンス人、英国系南ア人、その他）を支配人種とした上、圧倒的多数を占める黒人については、貧困で開発の可能性もない僻地を「ホームランド」として指定してそこに押し込め、都市においても黒人居住区・非白人居住区を指定してそこに強制移住・収容し、これら黒人・非白人を徹底的に治安管理しました。この管理を前提として、彼らを大規模かつ低賃金の労働力として、鉱山、白人所有の巨大農場、インフラ開発、都市などに、国家・資本の都合に応じて動員できる体制を作り出したのです。この体制の確立によって、南アは黒人にとって、いわば「巨大な労働キャンプ」と化すことになりました。

これら強制移住と収容・管理は、人々を単身労働力として位置づけ、南アに根付いていた伝統的な家族制度やコミュニティを分解してしまいました。

また、社会的・文化的な人種差別は人間の尊厳を継続的に剥奪するものであり、これは、人々から自己尊重の意識を奪い取り、その精神をむしばみました。

アパルトヘイト体制のもう一つの特徴は、抵抗運動に対する徹底した弾圧システムです。アパルトヘイト体制に対しては、50 年代以降、ANC（現

在の政権与党）や、より民族主義的な「パン・アフリカニスト会議」（PAC）などにより抵抗運動が組織されましたが、これらの活動家は容赦なく虐殺され、また、逮捕・拘禁・拷問の対象となりました。

1976 年に南ア最大の都市ジョハネスバーグ（ジョバーグ）郊外の巨大な黒人居住区ソウェトで、高校生らが立ち上がった「ソウェト蜂起」によって、90 年代のアパルトヘイト廃絶に直接道を開く一連の抵抗運動が開始されました。この「ソウェト蜂起」の背景には、黒人としての誇りを回復させることを目的に、1960 年代末以来、大学生らによって展開された文化運動である「黒人意識運動」（black consciousness movement）がありました。

「ソウェト蜂起」から十数年を経て、長い抵抗運動の末、アパルトヘイトは 91 年に廃止が宣言され、94 年のネルソン・マンデラ政権成立により、南アが「民主国家」として再出発したことによって、アパルトヘイトは政治システムとしては消滅しました。しかし、「アパルトヘイトはもう終わった」と認識するのは時期尚早です。アパルトヘイトは少なくとも 40 数年、その前史をたどれば 100 年以上にわたって、南アフリカの国家の基本的なシステムとして存在してきた体制であり、南アはこの負の遺産として、極端な貧富の格差と社会の断裂を抱えています。

もう一つ、アパルトヘイトが生み出した大きな負の遺産として挙げられるのは、巨大な暴力と長期にわたる収容・管理、人間の尊厳の剥奪により、多くの人々の精神が著しく蝕まれ、自尊感情が失われ、多くのコミュニティにおける伝統的な社会的紐帯や文化が崩壊したことです。これは、とりわけ大都市において多発する凶悪犯罪や、とくに貧困層における社会的安定の欠如に如実に現れています。

私たちは、こうした巨大な傷を抱えた南アについて、単なるアフリカの一国、もしくは途上国としてではなく、もう一つの「体制移行期にある国家」として認識する必要があります。

HIV/AIDS 問題についていうと、90 年代の南アにおける HIV/AIDS の急速な感染拡大の背景に、アパルトヘイト体制の負の遺産を見いだすことはきわめて容易です。伝統的な社会システムを破壊し、人々を隔離・収容して単身労働者としてくくりだし、鉱山や工場、白人農場、都市に効率的に動員していくシステムは、逆に言えば、性感染症をきわめて効率的に拡大することのできるシステムでもありました。また、アパルトヘイトによる人間の尊厳の剥奪、伝統文化の破壊、人心の荒廃は、アルコールや麻薬への依存、セックス依存や暴力依存といったアディクション（嗜癖）を生み出し、これが HIV/AIDS の拡大に拍車をかけました。

大きな問題は、アパルトヘイトの終結によって形成された「民主国家」南アが、現在までのところ、こうしたアパルトヘイト体制の経済的構造や人々の精神的荒廃といった「負の遺産」をデプログラミング（解毒）することに成功していないということです。

もちろん、アパルトヘイト後の南アにおいては、「真実と和解委員会」（TRC: Truth and Reconciliation Commission）など、他国へのモデルとなるべき実践は存在します。しかし、これは経済システムにまで切り込むものではありませんでした。

南ア政府が基本的な経済政策として採用してきた「GEAR」は、アパルトヘイト体制による経済的分裂を再統合するのではなく、むしろ、アパルトヘイトによって形成された経済システムをグローバル経済ルールにより再定義し、より近代的な形で再編・強化してきたようにも見えます。550 万人もの HIV 陽性者を抱える中での現在の南アの高度経済成長は、貧困層を統合し成長の推進力とするというよりも、彼らを置き去りにする形で進行しています。

南アがいま、アパルトヘイトの負の遺産の克服に正面から向き合うのでなく、経済指標に現れるパフォーマンスの向上に向けた経済政策に終始するのであれば、南アが将来、大きな問題に直面するであろうことは想像に難くありません。

第2部　南アフリカ共和国・治療とケアへのアクセス

1. 南アフリカの HIV/AIDS 治療・ケアへのアクセス

(1)情報とりまとめの方針

a)目的

本章は、日本から南アフリカ共和国に帰国する HIV 陽性者の方々、およびその医療・ケアにあたる医療関係者や NGO 関係者に対して、以下の情報を提供するものです。

- 南アフリカにおいて、どのようにすれば HIV/AIDS 治療・ケアにアクセスできるかについて、その可能性を提示する。
- 南アフリカにおける HIV/AIDS 治療・ケアのサービスがどのような問題点を持っているかを提示し、対処の方向性について示唆する。
- 南アフリカにおいて、HIV 陽性者への相談事業などを行っている NGO・相談機関を紹介し、現地での問題解決への糸口とする。
- 格差と差別・スティグマの強い南ア社会で、感染を抱えながら再び生きることになる帰国者のエンパワメントをはかる手段を紹介する。

b)紹介する情報

ここで紹介する情報は、主に以下の二つの事業および調査から入手したものです。

- 2003 年に小山えり子氏によりハウテン州（Gauteng Province）で開始された「ニバルレキレ」事務局（Ngibalulekile : I'm Special ）による HIV 陽性者と遺族・遺児のケア・サポート支援の活動
- （特活）アフリカ日本協議会が 2006 年 7 月、南アフリカ共和国中西部のハウテン州（Gauteng Province）において、関係の方々の支援を得て、当地の HIV 陽性者の置かれている状況、HIV/AIDS に関する治療・ケアの状況、当事者団体、ケア・サポート団体等の活動のあり方等に関して行った調査。

ここで紹介する情報は、基本的には、この二つの活動および調査によって入手したものです。2006 年 12 月以降の変化等については、反映されていないものもあることをご承知おき下さい。また、本件調査はハウテン州において行ったものであり、他州の状況については、必ずしも反映していないことをご承知おき下さい。

c)編集方針

南アフリカ共和国は広大であり、この調査では、その全体を調査対象にすることはできませんでした。また、同国では、前章に見たとおり、現在合計 15-20 万人の人々が、公的医療、もしくは民間医療機関を通じ、何らかの形で治療にアクセスしています。また、治療を提供している医療機関は、民間、公立の病院から地方の公衆保健センター（Public Health Center）、小規模なクリニックに至るまで数多く存在します。このような状況ですので、この規模の調査では治療を提供する医療機関を全て紹介することは不可能でした。

本ガイドブックの姉妹編（東アフリカ編、西アフリカ編）では、全国レベルでの医療機関や NGO の紹介を中心に行いましたが、本編においては、上記のような南アフリカの状況に鑑み、包括的な情報紹介よりも、南アフリカで HIV 陽性者が治療アクセスを求める際に直面しうる問題点や課題について具体的に詳述することにしました。

南アフリカは、前章に見たように、アフリカの中でも特殊な歴史と構造を抱えた国ですが、ここで紹介したことは、多かれ少なかれ、他国でも存在することですので、他国について考える上でもご参考にしていただければ幸いです。

(2)治療・ケアへのアクセスに関する情報

南アフリカ共和国における HIV/AIDS 治療・ケア

については、病院・医療機関での治療・ケアへのアクセスに加え、以下のことを紹介する必要があります。

まず、南アフリカ共和国は、他の多くのサハラ以南アフリカ諸国と異なり、年金や障害者手当、家族手当という、公的な社会保障制度（Social Assistance）が存在します。また、復興開発計画（RDP）による貧困層への住宅（RDP ハウス）の保障などのプログラムも、一応、存在しています。こうした社会保障制度は、HIV 陽性者の治療アクセスを保障する一方で、現地の社会構造のゆがみなどから、逆に継続的な治療の実現を阻む要素となっている側面もあります。こうしたことについて紹介します。

また、実地の活動は公的機関よりも地域の HIV 陽性者のケア・サポート・グループやその技術向上を行っているグループが担っていることが多く、その役割の重要性は見逃せません。一方で、これらのグループの能力的な限界もあります。こうしたことについても紹介します。

本章では、上記のようなことを通じて、南アフリカ共和国における HIV/AIDS 治療・ケアのアクセスについて、総合的に情報を提供するものです。

（３）ハウテン州の概要

この章で中心的に扱うのは、「ハウテン州」です。ここで、ハウテン州の概要を確認してみましょう。

ハウテン州（Gauteng Province）は、南ア最大の都市ジョバーグ[4] Jo’burg、および南アの行政府設置都市（首都）であるプレトリア（現在、ツワネ Tshwane と改称）、さらに、ジョバーグの衛星都市であるエクルレニ市（Ekurhuleni、人口数百万人）などを抱える人口集中地帯です。ハウテン州の面積は、南ア全体の面積の 1.5%（1.7 万平方キロ）に過ぎませんが、同州の人口は 945 万人（2005 年中間センサス）と、南アの人口の 20%以上を占めています。また、この州の GDP は南アの GDP の 33%、サハラ以南アフリカの GDP の 12%を占める経済規模を持っています。端的に言えば、ハウテン州は人口約一千万人を擁する南ア最大・アフリカ有数の都市圏であるといえます。

この巨大都市圏の中心をなすのがジョバーグです。ジョバーグはこれを取り巻く全長 80 キロの環状道路に沿って広域化し、拡散と膨張を続けているため、その全貌を把握するのは容易ではありません。ジョバーグ中央駅（Park Station）とカールトン・ホテルを中心に高層ビルが密集するタウン地区は、南アの巨大企業などが集中していましたが、急激な治安の悪化により多くの企業がここを放棄。北西部のサントン（Sandton）に多くの企業が移動しました。このサントン地区を中心に、大企業や銀行、邸宅が立ち並ぶ高級地区が形成されています。サントンからさらにプレトリア（ツワネ Tshwane[5]）方向に北上したミッドランド（Midrand）地区にも、近年、多くの企業が進出しています。

ジョバーグには、多くの公共・民間の医療機関が集中しています。中には、きわめて高度な医療を提供できるような機関もあります。一方、公的医療についても、複数の病院が大規模なサービス・プログラムを提供しています。この点では、僻地などを含む他州に比べれば、HIV/AIDS 治療へのアクセスは容易であるということは可能でしょう。

一方、市の南西部には、少し離れて 200 万人以上が居住する巨大なタウンシップ（旧黒人居住区）、ソウェト（Soweto）が広がっています。ソウェトはジョバーグ都市圏や周辺の鉱山に大量の労働力を供給するためにアパルトヘイト時代に作られた黒人居住区です。一方、近年の人口集中により、ソウェトの内部にも、数多くのスクウォッター・キャンプが形成されています。

こうしたタウンシップやスクウォッター・キャンプは、ソウェトだけではなく、ジョバーグの東部に広がるエクルレニ市にも数多く分布しています。エクルレニ市は、もともとジョバーグの東部「イーストランド」（Eastrand）と称されていた地域を改名した行政区で、ソウェトよりも小規模のタウンシップとスクウォッター・キャンプを数十も抱え、人口は数百万人にのぼります。

[4] 正式名称はジョハネスバーグ Johannesburg（日本ではヨハネスブルクという表記が一般的）

[5] 南アの行政府が置かれるプレトリアは、近年、ツワネ（Tshwane）と改名した。

同地域には金鉱山なども多く存在しており、鉱山の操業規模はかつてより縮小しているものの、製造業、サービス業などを含めた都市での就労機会は地方に比べれば多いことから、地方の農村地帯などで生きていけなくなった人々、都会での成功を求める人々が、現在も、次々と移動しています。ジョバーグ郊外には、これらの人々により、新たなスクウォッター・キャンプが形成されていますが、これらのキャンプなどは行政にも把握されていないところもあり、基礎的なインフラ整備や保健サービスなどが存在していないところも多くあります。

ジョバーグ市（高級住宅・オフィス地区であるサントン、旧来の中心市街地であるジョバーグ中央駅周辺から、ソウェト、さらに南に下がってオレンジ・ファームまでを含む）とエクルレニ市は、「ハウテン・セントラル」と呼ばれています。

ハウテン州の特徴をまとめると、以下のようになります。

- ハウテン州はジョバーグを中心とする南ア最大の都市圏であり、約１千万人の人口規模を持つ。
- 同州は南アの政治・経済上の中心地であり、また、鉱山や工業地区なども存在するため、巨大な経済的吸引力を持つ。
- 同州には、南アの政治・経済を支配する上層階級と、圧倒的多数の下層の人々がともに在住しており、著しい貧富の格差がその特徴である。
- 就業機会を求めて、同州には多くの人々が移動し、人口規模は膨張している。また、人口移動も激しい。
- 世界的にみても極端に犯罪率が高く、治安の悪い地域である。
- 同州には、南アの主要な医療機関が（公共・民間それぞれ）存在しており、大規模な医療サービスを提供する公的医療機関もある。

ハウテン州は、あらゆる意味で現在の南アフリカを象徴する場所です。ある意味、世界の将来を象徴している場所だということが出来るかも知れません。

（４）タウンシップでの人々の暮らし

前章（２．（２））で見たとおり、南アフリカではアフリカ系人種に感染率が突出しています。このアフリカ系人種の多くの人口が暮らすタウンシップとスクウォッター・キャンプの生活内容をある程度具体的に理解することは、南アフリカの HIV/AIDS をとりまく状況の理解の助けになると考えます。

タウンシップとは、第一部でも説明しましたが、アパルトヘイト時代に黒人に割り当てられていた旧黒人居住区です。移動の自由ができたアパルトヘイト廃止後には、特に大都市を抱えるハウテン州には地方出身者が多く流入し、タウンシップは現在も拡大し続けています。この地区に白人が入り込んでくるということはほとんど見られません。そこが住宅街として大きく広がっていて、その周りを取り囲むようにスクウォッター・キャンプが広がっています。そのすぐ脇を幹線道路が走り、幹線道路が主要な街と街、都市と都市とを結んでいます。このような街が点在しているのがハウテン州のアフリカ系人種の暮らす地域の光景です。

タウンシップでは 600-1,000 ランドくらいの収入で暮らしている黒人が多く、１ランド 17 円で計算すると、10,000-17,000 円前後となります。後で触れますが、社会援助給付制度（Social Assistance Grants）のうち、障害者手当の金額が 820 ランド（13,000 円程度：2006 年現在）です。物価の高い国ですし、最低限の生活に４人家族が必要とする金額は 2,000 ランド以上と思われますが、現実的にそれだけの収入が保障されていない人が大半です。タウンシップで家を所有する人たちは、二部屋、多くて三部屋ほどの家に住み、多くはその敷地の裏庭にトタン屋根のコンクリートブロックで固めただけの壁でできた４畳半ほどの部屋を４～５室建て、一室 250 ランドほどで貸し家賃収入を得て暮らしています。ただし最近は親戚一同がその家に流れ込んで、例えば唯一稼ぐことのできている人間の収入に 10 人近くが頼っていたり、老人や障害者がもらえる社会援助給付に皆がすがっていたりする光景も多々目にしま

す。並んだ部屋の前に共同の水道があり、その水で洗面や料理、洗濯などをします。また部屋の脇に共同トイレが一つ設けられています。治安が悪いので夜は外には出ません。水はバケツに汲み置いたものを用い、トイレも家族全員がバケツ一つで済ませます。風呂はなく、大きなタライを用いて沐浴を行います。

スクウォッター・キャンプの場合は法律に基づかない居住地区なので、電気・水道のインフラは整備されていませんが、治安があまりにも悪い地区には街灯が立てられている場合もあります。

タウンシップは、アパルトヘイト時代には白人居住地区や鉱山などへ、移動許可証の「パス」を用いて働きに出る、強制的に居住を割り当てられていた地区です。その中には良い収入を得られるような産業は何もなく、公共交通も発達していませんでした。

現在では、かなり人々は流動的に動いて入れ替わりもありますが、不便な黒人居住区に白人などの富裕層が移り住んで融合しながらコミュニティづくりをすることはなく、かつての白人居住地域が平等に人々に開放されるということもありませんでした。

ですので、タウンシップでの暮らしというのは、未だに交通費を払って外へ出かけていかなければ、相変わらず産業も仕事もほとんどなく、屋台での買い物やヘアカット程度しか済ますことができず、娯楽といえば酒屋といった状況です。タウンシップの中だけを見ると、アフリカ系人種の失業率は、エクルレニ市を例にとると 40-70%とも言われています。

タウンシップには平均的には最低１箇所はスーパーマーケットもあり、３ランド前後を払ってローカルの乗合バス「タクシー」（ワゴン車で 13 人ほどの乗車が可能）を使えば用を足せます。またタウンシップとタウンシップをつなぐ乗り合いバスのターミナル地区にはスーパーを中心としたショッピングモールも設立されています。ただし、これらの活用の程度は、高い物価と、アフリカ系人種の高い失業率や最低の生活ラインを下回った社会援助給付制度などの現状をふまえると、限られた頻度となっていることが予想されます。

それからタウンシップは行政上の町名でもあり、各タウンシップには必ず、シビック・センター（市役所）と警察署などの行政機関、公的医療機関が設けられています。

（５）HIV に関する情報へのアクセス状況

2005 年まで感染者数世界一であった南アでは、HIV/AIDS 対策は政府の最重要課題でもあり、国家予算の３分の１近くがこの対策にさかれているほどです。啓蒙活動も、パンフレット・テレビ・ラジオ・看板などによるＰＲ、電話相談、訪問活動など各種の方法で日常的に行われています。公的機関によるパンフレットの配布は、多言語国家という事情に合わせ、ハウテン州の場合は人口の多数をしめる言語グループを重視し、英語、アフリカーンス語、ズールー語、ストゥ語で作成されたものが主に配布されています。TV・ラジオなどの媒体を通じての啓発活動にあたっては HIV/AIDS という言葉を耳にしない日はないほどです。また、民間団体では、HIV/AIDS 啓発のメディア・プロジェクトから発展した「SOUL CITY」や電話相談事業が発展した「AIDS Helpline」などが有益な各種情報を提供しています。各団体は、予防教育・感染が判明した後の生活へのアドバイス・相談先一覧・日和見感染について・結核予防・家族へのケア・孤児へのケアなどのテーマに応じた情報提供をしたり、世代に応じた情報普及を行ったりしています。

HIV/AIDS 検査は公立医療機関のみでなく、NPO など様々なところでカウンセリングも含めて実施されています。また随所にてコンドームの無料配布ボックスが置かれており、最近では肉屋などでも希望すればコンドームを配布してくれるところもあります。ただし、アウトリーチ活動を積極的に行うまでの人材は公的機関では確保されていないため、実際のコミュニティでのアウトリーチ活動（例、戸別訪問キャンペーン door to door campaign やワークショップの開催など）などを担っているのは、後述するケア・サポート・グループや NPO 団体です。

一方、HIV に関する迷信や誤解なども根強く存在しています。南アでの HIV 陽性者の感染ルート

を、筆者が実際に出会った数多くの陽性者からたどってみると、レイプによる被害としての感染が多く、この理由には単純なレイプ犯罪の側面ばかりではなく、「処女とセックスするとエイズが治る」という誤ったうわさを信じている人がまだ多く存在していることがあげられます。

また、ドメスティック・バイオレンス（家庭内暴力）の被害者の女性への感染もよく耳にします。そして、家族を養うための最期の手段としての売春という方法を選択する女性と、買春する男性と、それぞれがの家庭の間で感染を広めあってしまう状況は第一部でも説明したとおりです。

他にも多くの性暴力の問題があり、これには、社会の権力関係が大きく関わっています。例えば、学校の教師などが立場を利用して生徒や母親に性関係を迫ることも少なくありません。これは学費や進級・留年といった問題が切実なためです。また、公共交通の発達していない南アでは「タクシー」と呼ばれる乗り合いバスへの通勤・通学のための乗車運賃の代わりにセックスを迫る、あるいは提供する男女関係が生じることもあり、これも感染ルートの一つといえます。

結核感染も大きな問題となっており、特に炭鉱などの労働現場では HIV 感染とともに結核感染率があがっています。

また、「呪いをかけられたからエイズになった」「陽性者が着用している衣類をすべて燃やした」「政府の配布しているコンドームのせいでエイズが広まっている」といった誤解に基づくうわさもタウンシップでは耳にします。

アパルトヘイトが終結し移動の自由を許された人々が職を求めて都市へ流出したものの、高い失業率の中で職を得られず、これらの人々が住む場所として、スクウォッター・キャンプが拡大していますが、その中では HIV/AIDS に関する情報へのアクセスがないままに感染が拡大しています。スクウォッター・キャンプでは公的機関の介入もない分、犯罪発生率も高く、またコミュニティとしての結束力も低いので、なかなか民間団体も支援に入りにくいのが現状です。ここへ果敢に介入しているのは、後述する陽性者自身による自主的なサポート・グループです。

2. ハウテン州における治療へのアクセス

（1）公的医療制度と医療機関へのアクセス

南アフリカの医療システムでは、日本のような国民皆保険の制度はとられていません。そのため、公的医療制度（公立病院・公立クリニック）と民間医療制度（私立病院・私立クリニック）とではまったく医療にかかる料金も提供される医療の内容も異なるのが現状です。民間の医療保険制度が日本の健康保険に該当するサービスも提供しているため、富裕層は各々その保険に加入し、私立病院・私立クリニックを利用、保険加入によって医療費の自己負担を下げつつも高度な医療を受けることができています。私立病院やクリニックはハウテン州では富裕層の居住するジョバーグ市のサントン地区 Sandton 周辺などを中心に数多く経営されています。

公立に関してはハウテン州など各州の政府がタウンシップなどの住宅地区をいくつかの保健地区に分けて統括。それぞれの保健地区に必ず一つの公立の診療所が用意されています。なお、タウンシップ名は各市内の町名となっており、町内は規模に応じていくつかのセクションに分かれているため、保健地区は人口に応じて複数のセクションをまとめて定められています。そして、複数の保健地区がまとまるかたちで、１～３のタウンッシップに対して１つの公立病院が設置されています。

このような整備されたインフラは、アパルトヘイト廃止後にマンデラ政権の「復興開発計画」RDP（第１部１（２）b 参照）の中で達成されました。貧困層は公立病院で初診料など一部の費用以外は無料で治療が受けられますが、医療の内容は特に HIV 陽性者にとっては不十分なものであり、2004 年に ARV の無料提供が始まる直前の段階では、例えば末期の在宅エイズ患者が公立病院で処方される薬が消化薬・ビタミン剤・痛み止めだけとか、帯状疱疹をはじめとした皮膚疾患に処方される薬が保湿クリームのみであるという状況も多々生じていました。インドなど ARV のジェネリック薬を生産している国で年間にかかる

薬代が 250 ドルといわれる中で、南ア政府が 2003 年まで国民一人あたりにあててきた保健医療費は 40 ドルにも満たない状況でした。

現在その状況はかなり改善されつつあります。ARV 治療を実施している公立病院内には独立させた感染者のためのクリニックも設けられ、また公立診療所・公立病院で提供される薬剤の種類も増え、ARV 実施の病院への紹介制度もスムーズに実施されるようになってきています。陽性と判明した後にはクリニックに基本的には通院し、定期的に公立病院との連携のもとに免疫活性（CD4）検査を行い、免疫が下がった感染者は公立病院へ外来移行。さらに ARV 治療の可能な公立病院へと紹介されるという例が一般的になってきています。ただし、各々の事例に当たってゆくと必ずしも十分な治療につながっていないのが現状であり、後述するサポート・グループやソーシャル・ワーカーなど、患者の権利擁護のできる社会資源につながっているかどうかが、感染者の感染後の予後を大きく左右するといえます。また、ハウテン州内に数多く存在するスクウォッター・キャンプ地域は法に基づかない居住地区のため、水道・電気といったインフラはもとより、医療機関は一切存在しません。これらの地域での HIV 感染率、結核感染率などは南アの抱える大きな問題となっています。

（２）治療へのアクセスの現状

ハウテン州で現在、抗レトロウイルス治療にアクセスしている人口は、「治療行動キャンペーン」（TAC: Treatment Action Campaign）ハウテン事務所のオーガナイザーであるコラニ・クネーネ（Xolani Kunene）氏によると、正確な数値は分かりませんがおおよそ２ー４万人程度とのことです。

A. ジョバーグ市内

ジョバーグ市内では、おおよそ以下の公立病院およびコミュニティ・ヘルス・センターが ARV 治療を供給しています。

a)国立中央病院（National Central Hospital）
- ジョハネスバーグ病院（Johannesburg Hospital）
- クリス・ハニ・バラグワナ病院（Chris Hani Baragwanath Hospital）

b)地方病院（Regional Hospital）
- ヘレン・ジョセフ病院（Helen Joseph Hospital）

c)コミュニティ・ヘルス・センター（Community Health Center）
- ヒルブロウ CHC（Hillbrow）
- ソウェト CHC（Soweto）
- リリアン・ンゴイ CHC（Lillian Ngoyi）

※上記３つの CHC を含む多くの CHC において、ネビラピンによる母子感染予防のプログラムが実施されています。

※南ア最大のタウンシップで人口数百万人を擁するソウェト（Soweto）については、その入り口にある南半球最大の病院とも言われるクリス・ハニ・バラグワナ病院で ARV を含むエイズ治療が行われています。バラグワナ病院については、公共医療のプログラムと、世界基金や USAID 等の支援を受けている「HIVSA」および「周産期 HIV 調査ユニット」（Perinatal HIV Research Unit）のプログラムがあります。HIVSA では、治療以外に、カップルでの HIV 検査・カウンセリング、エイズ・ワクチンやマイクロビサイド（膣・肛門用殺菌剤）の治験と連携した検査・治療サービス、大規模なホーム・ベースド・ケアのマネジメント・プロジェクトなども行われています。

B. その他の地域

ハウテン州のその他の地域では、以下の公立病院、クリニックなどが ARV の供給プログラムを実施しています。これが全てではなく、他にも治療を供給している公立病院があります。

a) 地方病院
- コパノン病院（Kopanong Hospital）：セディベン市（Sedibeng District Municipality）
- スボケン病院（Sebokeng Hospital）：セディベン市

・ファー・イースト・ランド病院（Far East Rand Hospital）：エクルレニ市（Ekurhuleni Metropolitan Municipality）
・テンビサ病院（Tembisa Hospital）：エクルレニ市
・デイヴィトン・クリニック（Daveyton Clinic）：エクルレニ市

C. 地域におけるARVアクセス：オレンジ・ファームの場合

公立病院以外にも、ARV を無料、もしくは低価格で提供している民間病院、クリニック、ホスピスなどが存在します。以下の例は、ソウェトのさらに十数キロ南にあり、数十万人の人口を有するタウンシップである「オレンジ・ファーム」Orange Farm における ARV 治療のオプションです。

a)オレンジ・ファーム内のエイズ治療クリニック

〇インカンイェジ ART プロジェクト（Inkanyezi ART Project）
・オレンジ・ファーム内にある ARV 治療クリニックで、カトリック教会とルノー（フランスの自動車会社）が資金拠出をしている。無料で ARV アクセスを提供。現在（2006 年７月）、186 名が ARV にアクセスしている。

〇３名の医師による民間クリニック
・オレンジ・ファーム内で３名の医師による ARV 無料供給プロジェクトが存在。

〇ストラトフォード・クリニック（Stretford Clinic）
・オレンジ・ファーム内にある公立のコミュニティ・ヘルス・センターで ARV 供給や母子感染予防などのプロジェクトも実施。

これらにより、オレンジ・ファーム内において ARV アクセスが可能となった。

b)オレンジ・ファーム外の病院へのアクセス

上記二つのプロジェクトが存在する前は、オレンジ・ファーム外の以下の病院にアクセスして ARV を確保する必要があった。しかし、これらの病院はいずれも数キロから十数キロ相当の距離があり、交通費を払う金を持たない貧困層にとっては、アクセスするのは困難であった。

〇クリス・ハニ・バラグワナ病院（ソウェト）
〇コパノン病院（セディベン市）
〇スボケン病院（セディベン市）

オレンジ・ファームは、後述するとおり、強力な HIV 陽性者ケア・サポート組織である「レット・アス・グロウ」（Let us grow）などの陽性者支援団体があることから、このようないろいろな ARV プロジェクトが生まれたものと考えられます。一方、とくに最近形成されたスクウォッター・キャンプは、このような ARV 供給サービスが域内に全くないところがほとんどだといえます。

（３）ARV アクセスの手続きと問題点

このように、ハウテン州では多くの病院・クリニック・その他の医療機関等が ARV を供給しています。では、これにアクセスするにはどのような手続きを経る必要があるのでしょうか。

a)原則および手続き

南アフリカ共和国は、一定の条件下にある HIV 陽性の南ア国民および永住者に対して、無料で ARV へのアクセスを提供しています。この一定の条件とは、以下の通りです。

・ CD4（免疫活性）が 200 以下であること
・ AIDS に関わる日和見感染症（AIDS Defining Illness）が存在すること

ですので、無料の治療へのアクセス手続きとしては、以下のことが必要になります。

・ 南ア国民もしくは永住者であることを示す ID ブック（16 歳以上の人を対象に発行されています）を示す。
・ HIV 陽性であることを示す。

- CD4 を測定し、日和見感染症の診断を行う。（CD4 検査は無料）
- CD4 が 200 以下で日和見感染症の存在が診断されることにより、ARV アクセスが必要であると認識され、リストに掲載される。
- ARV と HIV/AIDS に関する基本的な情報伝達・カウンセリングなどとともに、ARV アクセスが開始される。

なお、ARV に関しては、治療の結果 CD4 が 200 以上になっても、継続的に無料で提供されます。

b) 問題点

○長大なリストと順番待ち

最大の問題点は、ARV の供給が需要に追いついていないこと、また、病院の官僚主義や事務能力の不十分さなどの理由により、病院によっては、治療が必要な人たちの長大なリストが形成されてしまい、ARV アクセスが必要と認定されてから実際に ARV アクセスにこぎ着けるまでに、長い時間がかかることがあるということです。

たとえば、ソウェトに位置し、「南半球最大の病院」といわれるクリス・ハニ・バラグワナ病院では、ARV アクセスが必要と認定されてからアクセスに至るまでに通常、４カ月かかると言われています。

また、クワズールー・ナタール州の最大都市ダーバンにあるマハトマ・ガンディ病院（Mahatma Gandhi Hospital）では、1,500 人程度の人が HIV 陽性、CD4 が 200 以下と診断されており、ARV にアクセスするまでに１年以上かかる、と言われています。これでは、順番待ちをしている間に免疫力がさらに低下してしまい、症状の悪化により、治療にアクセス出来る前に死にいたることもあります。

一方、治療に必要な各種書類（身分証明に関わる登録書類や出生証明書）などの発行が役所の事務能力不足で遅れ、治療にアクセスするのが遅くなるといった事態も報告されています。

○外国人の ARV アクセスができない

南アフリカ共和国は、自国民・永住者以外の無料の ARV アクセスを認めていません。南アには、経済危機に苦しむ隣国ジンバブウェを始め、周辺諸国から多くの出稼ぎ労働者や移民などが流入していますが、彼らは公式には、南アで無料の治療を受けることができません。

その結果、こうした人々の一部は何とかして南ア国籍もしくは ID ブックを手に入れるために合法・非合法の手段を行使することとなり、それが犯罪や混乱につながっている側面があります。

c) サービスの改善を行っている病院

こうした中で、医療機関側の努力などにより、なるべく早い段階での ARV アクセスの実現をおこなっている病院があります。ジョバーグ市内で、ARV への比較的早いアクセスが可能な病院として一般に挙げられているのが、国立中央病院であるジョハネスバーグ病院と地域病院であるヘレン・ジョセフ病院です。これらの病院では、早くて１週間程度で ARV にアクセスできることもあります。

（４）ハウテン州での治療アクセスの具体的事例

以下のＲさんのケースは、南アにおいて HIV 陽性者が治療アクセスを得るときにぶつかりうる問題と、ケア・サポート・グループの果たす重要な役割を示した事例です。（事例提供：小山えり子さん）

＜事例　Ｒさんのケース＞

Ｒさんは 20 代のＨＩＶ陽性者女性、HIV にはボーイフレンドから感染。感染を知ったのは 2000 年でした。彼女から感染を打ち明けられたボーイフレンドは検査を受けることないまま彼女のもとから去りました。彼女はクリニックで検査を受け陽性と判明したのですが、その際は感染告知のみでカウンセリングやサポート機関の紹介はありませんでした。当時は空港内の店舗に勤務。仕

事は続けていました。2002 年に、彼女は当時暮らし始めたジョバーグ郊外の巨大なタウンシップであるテンビサ （Tembisa）のクリニックにてサポート・グループの存在を知りメンバーの一員に。リーダーのアドバイスも受け、HIV/AIDS について学習し、南アの HIV 陽性者の全国組織である「治療行動キャンペーン」（TAC: Treatment Action Campaign）のメンバーにもなりました。2003 年免疫がかなり落ちたと感じられた時期（彼女は CD4 カウントのチェックは拒否していました)に、職場に感染が知れ、解雇（南アの HIV と人権に関わる法律では、HIV 感染を理由に解雇することは禁止されています)。相談を勧められるも、本人は諦めてしまい不当解雇を訴える意志が芽生えないまま、体調を崩してしまいました。サポート・グループのリーダーの助けによって、Ｒさんは社会援助給付を申請し受給に至りました。

2004 年１月には帯状疱疹を患いますが、これまでその症状について勉強はしていたものの、認めることができず不安のみ高まり２日を過ぎました。ようやくテンビサ内の公立クリニック受診を決意。しかしクリニックの医師は帯状疱疹という診断も何の病名も彼女には伝えず、痛み止めの錠剤のみ処方。これについて、サポート・グループのリーダーと筆者は R さんに対して、自分の病であること、また診療は医師の義務であることを説得し、病名の確認と必要な薬（アシクロビル：ヘルペスウイルスの増殖を抑える薬）の要求をするよう強く彼女に伝えました。彼女も了解し受診し直しましたが、2004 年１月は４月の ARV 実施を控えていたにもかかわらず、クリニックでは「そのような高価な薬は処方できない」と断られ、公立病院への紹介をされることもなく診療は終了。私立の医療機関では実費負担になります。

当時は TAC を中心に患者の権利擁護のための闘いが繰り広げられていましたから、権利主張のためにも公立病院を受診し薬を要求。しかし、処方されたのは火傷に塗るための軟膏でした。彼女は病状の辛さから次第に消極的になり、周囲の働きによって、緊急に TAC が支払いを負担する形で数日分のアシクロビルを私立クリニックから入手。同時期に、アパートの大家からの追い出しを受け（これもエイズに対する差別からの追い出しと思われますが、大家は電気の使いすぎを理由にしました。この数ヶ月電気使用量に変化はありませんでした。）「今日のうちに出て行け」と言われ途方にくれ行き場を失った彼女の避難先としてのアパートをサポート・グループのメンバーを中心に探し出しその晩のうちに引越しをなんとか終了。疲弊している彼女に、カトリック団体運営のエイズ・ホスピスでの「休息入院」の場をサポート・グループのリーダーがソーシャル・ワーカーに相談し確保。ホスピスでは、末期患者との同室によって彼女が死への恐れを抱えないよう、症状の軽い患者との部屋を用意し、養生して症状が改善してから一人暮らしの自宅へ戻りました。

Ｒさんのこの危機的状況の助けとなったのは後述するサポート・グループと TAC の治療コーディネーター、民間運営によるエイズ・ホスピスのソーシャル・ワーカーです。

この事例は TAC でも問題となり、テンビサ病院に対して TAC は患者への適切な治療を求める談判を数回に渡って行い、デモの準備もしましたが、テンビサ病院の医師が対応を改める旨の署名に了解したことと、病院そのものが行政から ARV 実施医療機関として認定されたことから、その後病院の対応は少しずつ改善し、現在は院内に HIV/AIDS 診療のためのクリニックも設けられるまでになりました。

3. ハウテン州における社会保障制度へのアクセス

(1)「社会援助給付制度」(Social Assistance Grants)

南アフリカ共和国は、自立して生活を営めない人を支援することは国家の責任であると憲法で定めており（憲法「権利の宣言」第 27 条)、それを満たすために、これらの人々に対する社会援助給付制度（Social Assistance Grant）を実施しています。この社会援助給付制度の中心は、「自立して生活を営めない人」である老人、児童、障害者への現金給付制度です。現在、この社会援助給付制度にアクセスしている人口は 2004 年段階で 770 万人とされています。この社会援助給付制度は、社会開発省（Department of Social Development）の管轄になっています。

「社会援助給付制度」は HIV/AIDS にも大きく関わっています。「障害者手当」（Disability Grants）制度では、深刻な日和見感染症を有する HIV 陽性者は「障害者」と認定され、現金給付を受けることができます。エイズによる遺児を引き取って育てている養育者は、「児童支援手当」（Child Support Grants）および「養子手当」（Foster Care Grants）を受けることができます。また、お年寄りには年金（Old Age Pensions）が支払われます。

まず、これらの制度について見ていきましょう。

a)障害者手当 (Disability Grants)

障害者手当は HIV/AIDS に最も直接的に関わる社会援助給付制度です。障害者手当の対象となるのは、以下の人々であり、認定されれば、2006 年現在で月額 820 ランド（＝14,000 円程度）の給付を受けることができます。

- 南アフリカ共和国の国民である。（バーコード化された ID ブックが必要です）
- 18 歳以上である。
- 障害によって労働することができず、その状況が少なくとも６ヶ月以上続くと予測される。（公立病院の医師による診断が必要です）
- 一定の所得基準を満たしておらず、配偶者も本人を養うに十分な経済力がない。

HIV 陽性者の場合で言えば、本人が HIV に関連する日和見感染症等の疾患によって働くことができず、その状況が６ヶ月以上続くという公立病院の医師による診断書が必要です。CD4 が 200 以下で、日和見感染症の症状が出ていることが、障害者手当の受給の目安になります。

手続は、社会開発事務所（Social Development Office）にて行います。社会開発事務所は、各タウンシップなどにあるシビック・センター（市役所および区役所にあたる）の中にあることが多いです。手続を完了して給付を受けられるまでに、平均３ヶ月程度かかると考える必要があります。

障害者手当の受給資格については、少なくとも年に１度の審査があり、この審査で、働くことができるまでに回復したと認定されると、障害者手当は打ち切られます。とくに、2004 年ごろより、ARV 治療実施と反比例するかのように､CD4 カウント 200 以下という条件を満たす、という条件が厳しくなり、新規の申請の受理ばかりでなく、これまでCD4カウントが200を上回っているものの症状を抱え手当を受給していた者の中からも給付を打ち切られるものが続出するという事態が多く発生しだしました。これがもたらす問題については後述します。

b)児童支援手当 (Child Support Grants) 等

児童支援手当は、貧困世帯の児童（14 歳以下）を対象とした手当で、児童の主要な養育者（親でなくてもよい）に対して支払われます。この手当の対象および構成は以下の通りです。

（対象）

- 養育者も子どもも、南アフリカ共和国の国民である。（養育者はバーコード化された ID ブックが必要です。子どもについては、出生証明書が必要です）
- 児童の年令は０〜14 歳。
- 養育者とその配偶者の年間収入が合計 13,200 ランド（＝22 万円程度）以下の場合（地方の

場合は 9,600 ランド＝16 万円程度）に受給できる。

- 2006 年現在、児童１人につき 190 ランド（3300 円程度）が支払われる。2006 年現在、総額の上限は 780 ランド（1.3 万円程度）。

この手続は障害者手当と同様、社会開発事務所（Social Development Office）で行います。この制度は、子どもの養育にあたる貧困な家族に一定額の現金を保障するもので、この給付は、失業率の高い貧困地域で子どもを抱える世帯の生活を支える貴重な現金収入となっています。

また、児童に関わる手当としては、これ以外に「養子手当」（Foster Care Grants）と「介護扶養手当」（Care Dependency Grant）があり、前者は、孤児または遺児を法的な養子として引き取った養親が受け取ることができる手当です。HIV/AIDS との直接的な関連で言えば、子供をもつ陽性者は多くの場合児童支援手当を受け取っており、また、AIDS により親を失った子供をひきとって養育する祖父母や親戚などが、この児童支援手当を受けることができます。後者は、病気などによって医療的なケアが必要な子供を持つ養育者が受け取ることができる手当です。ただし、後者については、この受給の対象になっているケースは非常に少ないようです。

（２）その他の社会保障制度

a) その他の社会援助給付制度

「社会援助給付制度」には、他に、高齢者を対象とした老齢年金（Old Age Pension）および緊急支援制度（Social Relief of Distress: 困難への社会的救済）がなどがあります。資産に乏しい 60 歳以上の高齢者は月額 820 ランド（14,000 円程度）の年金を受けることが出来ます。また、緊急支援制度については、HIV/AIDS との関連で言うと、以下のような場合に受給できることがあります。

- 障害者手当を申請し手続き中の段階で、緊急に支援が必要な場合。
- 家計を支えていた配偶者に何らかの問題が生じ、生計が立てられなくなった場合。

また、これらの社会援助給付制度の受給手続きには通常３カ月程度かかることから、それまでの間、緊急の支援として食料援助（フード・パーセル）の給付を受けることができます。緊急支援は実際はフードパーセルという形で缶詰やパップ（トウモロコシの粉）などの食料給付を３ヶ月受けられるというサービスとして行われている場合が多いようです。

b) 住宅の供給制度

アパルトヘイト終結後の南アフリカ共和国にとって重要な課題の一つが、国民への最低限の生活の保障です。南アフリカでは、多くの貧困層が家を持たず、もしくは劣悪な住環境に押し込められている状況では、最低限、健康で文化的な生活が営める住宅の供給政策が極めて重要となりました。ネルソン・マンデラ政権は 1994 年の「復興・開発計画」（RDP）の中で住宅政策を策定し、その中で、1999 年までの５年間に貧困層 100 万世帯に対して住宅を供給するとの政策を打ち出しました。この政策に基づき、政府は国有地に「復興・開発計画住宅」（RDP House：以下「RDP ハウス」）を建設し、低所得の申請者に対してこれを提供しています。この政策は、住宅省（The Department of Housing）の管轄です。

この供給制度の問題は、申請者が RDP ハウスをいつ入手できるのかが明確でなく、無期限に待たされるケースが多いということです。また、RDP ハウスの立地は、これまで宅地として利用されていなかった場所なので、不便であったり、治安上の問題が大きかったりするケースがあります。

さらに、RDP ハウスの供給マネジメントにおける汚職・腐敗なども問題です。例えば、RDP ハウスは無料で供給されるにもかかわらず、市民が制度を知らないのをいいことに、市職員が手数料を要求し、これを横領する事件が生じています。また、行政の上層部や、RDP ハウスの業務に関係する市職員などとコネがあると入居しやすくなるといった、平等性の欠如も常々指摘されているところです。またハウテン州では、ＲＤＰハウスを入手し転居した貧困者のかつての賃貸住宅やス

クウォッター・キャンプなどのシャック（掘っ建て小屋）へ新たな貧困者が地方から移り住み貧困層の人口を拡大させていることも問題になっています。

（３）社会保障制度に関する相談機関

上述の社会援助給付制度およびその他の社会保障制度を活用する上で大きな問題は、後述のように、制度の運用が不安定であったり確実性がなかったりすることです。結果として、申請が不合理な決定により却下されたり、受給までに時間がかかったりするというケースが多くあります。また、貧困層の人々の多くはこうした制度の申請などに不慣れであり、書類をそろえられなかったり、不合理な決定があっても異議申し立てができなかったりするといったケースが多く存在します。

社会援助給付制度・社会保障制度に関して相談に乗ってくれる市民社会団体の役割は非常に重要です。以下のような団体が、これらの制度に関する相談に応じています。

○ブラック・サッシュ（Black Sash）

もともと、アパルトヘイト体制に反対する女性たちの運動の組織として作られ、社会正義と平等の実現のために取り組んでいる独立した NGO です。社会援助給付制度に関する相談に応じています。南アの各主要都市にオフィスを持っています。

・全国事務所

住所　12 Plein Street, Fourth Floor, Cape Town, 8000

電話　+27 21 4617804

ＦＡＸ　+27 21 4618004

電子メール　info@blacksash.org.za

ウェブサイト：
http://www.blacksash.org.za/index.html

○AIDS コンソーシャム（AIDS Consortium）

エイズに関わる 800 以上の NGO が参加しているネットワークです。1992 年に、南アの最高裁判所判事で自身も HIV 陽性者であるエドウィン・キャメロン氏らによって設立されました。

・全国事務所

住所　Auckland House, East Wing, 4th Floor, 185 Smit Street Braamfontein, Johannesburg 2001 SA

電子メール　info@aidsconsortium.org.za

電話　+27 11 403 0265

ＦＡＸ　+27 11 403 2106

郵便住所：PO Box 31104, Braamfontein 2017, South Africa

ウェブサイト：http://www.aidsconsortium.org.za

また、エイズ法律ネットワーク（AIDS Legal Network South Africa）も、社会保障に関わる法的な問題についてサービスを提供しています。

○AIDS 法律ネットワーク（AIDS Legal Network South Africa）

ウェブサイト
http://www.redribbon.co.za/legal/default.asp）

（４）南アの社会保障制度が持つ問題点

社会援助給付制度をはじめとする社会保障制度は、他のほとんどのサハラ以南アフリカ諸国には存在していません。このような公的保障によって多くの人々の生計が支えられているということ自体は、アフリカの中での南アの特徴であり、それ自体は誇るべきことと言えます。

しかし、こうした社会保障制度自体にも問題はあり、多くの点で改善が必要だと考えられます。具体的には以下のような点です。

a) サービスへのアクセスの問題

南アの貧困層の中には字の読めない人も多く、多くの書類をそろえなければ受けられないような制度へのアクセスは困難です。また、貧困層のコミュニティに対しては行政機関のリーチが十分でなく、住民登録や国民登録証（ID ブック）の発行も適切に行われているとはいいがたい状況にあります。こうした状況において、手続が複雑で、多くの書類やカードの提示などを要件とする制度を確実に運用するには、制度を熟知し、コミュニティの立場に立つことのできる行政ソーシ

ャル・ワーカーや NGO がどこにでもアクセス可能な形でたくさん存在し、一般の人が制度を運用する際に手助けすることが必要です。

しかし、現状では南アにおける行政ソーシャル・ワーカーの人数は少なく、能力的にも難しい問題を抱えています。ソーシャル・ワーカーの少なさは、とくに地方においては大きな問題で、たとえばリンポポ州北部のベンベ郡マカド地区においては、ソーシャル・ワーカーは４人しかおらず、1 人で 2,000 件を抱えている現状です。また、医療機関に勤める医療ソーシャル・ワーカーは保健省に、社会保障制度について取り扱うソーシャル・ワーカーは社会開発省に属し、連携が難しいなどの縦割り行政による弊害も存在しています。

b) 制度設計に関する問題

また、これらの社会援助給付制度は必ずしも問題解決に即した形で設計されておらず、それが思わぬ悪影響をもたらす場合もあります。

南アフリカは、失業率が公式統計でも 30%近くにのぼり、都市部の貧困層における失業率は 50%以上と考えられます。このような状況では、社会援助制度による現金給付が唯一の収入源になっている人々、家族や親戚などが受給している現金給付によって生きている人々が数多く存在しています。慢性的な失業状況で、安定的な仕事にアクセスすることが極めて困難な状況に置かれた人々は、これらの現金給付制度にすがりつくことを、自らの短期的な「生存戦略」とします。これが、HIV 感染の拡大に結びつくことがあります。例えば、子供を産んで 190 ランドの児童手当を手にするために、コンドームなしの性行為を繰り返すといったことです。

障害者手当についても、大変厳しい問題が起きています。障害者手当は、HIV/AIDS に関して言えば、免疫力が低く（CD4 が 200 以下というのが目安）、日和見感染症を発症して働けない、ということが受給要件になりますので、治療がうまく行って働けるようになれば障害者手当は打ちきられます。しかし、実際には、健康になっても、仕事にアクセスできる保障は全くありません。そうであれば、人々は手っ取り早く現金を確保するため、手当を継続する選択を行うようになります。ここで生じているのが、障害者手当を継続するための治療の中断ということです。治療がうまく行き、日和見感染症が治り、CD4 が 200 以上になって手当が打ちきられるのを防ぐために、治療を中断してしまうのです。これが続くと、現在使っている治療薬への耐性が急速に形成され、早晩、治療が効果を持たなくなることは必定です。また、高い失業率の中、不安定でストレスの高い生活を送り栄養価の高い食事を手にすることが困難な南ア貧困層の陽性者には、日和見感染の発症を起こしやすくなる CD4 カウント 200 以前の段階での社会的救済制度と、失業率を下げるための対策が早急に求められていると言えます。

この問題に関しては、南アの HIV 陽性者のアドボカシー団体である「治療行動キャンペーン」（TAC）などがアドボカシーを行い、現在、南ア政府は HIV/AIDS など慢性病の患者を対象とした新たな社会援助給付制度の設立を検討していると伝えられています。

c) 行政・民間のソーシャルワークの力量向上が不可欠

南アのように、曲がりなりにも最低限の社会保障制度や医療システムが存在している場合、必要なのは、これらの制度の運用、活用に関して、ボタンの掛け違いや歪みをなくし、人々の生活向上に適切に結びつけていくための努力です。

失業率が高く、貧困層の多くが社会援助給付制度による現金給付によって生活している現状で、貧困層の人々は、自らの「今・ここ」での生存と生活の維持のために、様々な形で、社会援助給付制度へのアクセス「戦略」を考え、実行しています。その一例が、上記に述べた「障害者手当を受けるための治療中断」です。このような「戦略」の多くは、とくにこの「障害者手当を受けるための治療中断」に典型的に見られるように、長期的に見た場合、明らかに人々の生存と生活の向上を妨げることが多いのです。

ここで必要なのが、貧困にある人々の生活状況やコミュニティを熟知し、また、社会援助給付制度その他の公的な社会保障制度について熟知し

た上で、申請者の短期的なニーズを満たすことと、長期的な福祉の向上とを両立させる形で制度へのアクセスに結びつけることのできる、能力の高いソーシャル・ワーカーがなるべく多く、コミュニティに近いところに存在するということです。このためには、社会保障制度にたずさわる行政機関と、コミュニティのケア・サポートに当たる市民社会・民間とが、連携しながら、自らの提供するソーシャルワークの量的・質的向上をなしとげる必要があります。

行政機関側の努力が必要なことは言うまでもありませんが、市民社会側においても、HIV 陽性者のケア・サポート・グループの相互扶助能力やリーダーたちのソーシャルワーク能力の向上などが、より積極的に目指される必要があります。また、貧困層を中心とする市民社会の権利意識の向上や、依存を断ち切り自立をめざすコミュニティ力の強化も求められています。

一方、貧困の悪循環から抜け出すのが極端に難しい南アの社会では、就労能力のある貧困者層に対する公共事業などによる雇用の創出や最低限の所得保障（基礎的収入手当＝Basic Income Grant）などの充実が望まれています。

（５）社会保障制度へのアクセスの具体的事例

以下、２つの事例を紹介します。まず事例１は、社会保障給付制度へのアクセス権が親族の不正行為によって奪われてしまい、取り戻すのに苦労した事例。次の事例２は、本人と周囲の努力により給付を受けることができた事例です。（事例：小山えり子さん）

●事例1：M さん　母子家庭の遺児に立ちはだかる現実＞

M さん（26 歳）はエクルレニ市北東部のタウンシップ、デイヴィトン（Daveyton）の出身。2003 年に半年以上、エイズ・ホスピスに入院。入院時点の彼女の家族構成は、５歳男子と８歳女子の二人の子供を抱えた母子家庭に彼女の母親を加えた４人家庭でした。子供は二人とも同じ父親との間に出生したとの彼女の話ですが、父親は子を認知することもなく、2003 年には音信不通の状態となっていました。彼が HIV 陽性であるかどうかは不明。子の感染の有無も不明な状態でした。彼女も異性関係について語りたがりませんでした。

母子家庭はタウンシップでは当たり前の光景です。また、母親の感染がわかっていても子供の感染があやふやであるという事例も数年前まで非常に多く、特に彼女が感染したと予想される時期と子を出産した時期は母子感染を防ぐネビラピン（ARV の一種）の妊婦への行政による公費負担での使用に政府が踏み切っていなかった時期と重なっているため、母子感染の可能性は捨てきれません。クリニックは彼女自身への対応しか行わないまま、エイズ・ホスピスへ彼女を紹介。

家庭での経済基盤は子二人に対する児童支援手当と、クリニックの支援によって受けられるようになった社会援助給付制度です。彼女の母親はまだ老齢年金を受給できる年齢には至っていませんでしたし、彼女は就労していませんでしたから、社会援助給付制度を受給する以前の家庭の貧窮状態が、彼女の免疫低下を早めてしまったことが容易に想像されます。どのように生活を成り立たせていたのか、彼女は「なんとか生きてきた」と言うのみでした。入院の段階で CD４カウントは 70 以下の値を示しており、入院直後から多くの日々を臥床がちに過ごしていました。社会援助給付制度の給付金は残した家族の生活費に充てるために、彼女は小遣いゼロの入院生活を送っていました。病院での 3 食は入院前に比べて格段に栄養状態を改善させました。当初日常生活は半介助で、歩行器の利用と車椅子と半々の生活。様々な日和見感染にも苦しみ一時は生命が危ぶまれたものの、力強い生命力と精神力にて回復して切望していた一時退院を果たしました。

タウンシップに戻ってから彼女の生活する家は雨漏りも激しい、造りの粗悪なシャック（掘っ立て小屋）です。近隣で調達できる食料は、主食のパップ（とうもろこしの粉）やパンと、キャベツ・ジャガイモ・トマト・玉ねぎ程度です。家には冷蔵庫はもちろんありません。低栄養と劣悪な環境によって早期に病状悪化することは目に見えていたため、退院直後からホスピスの神父と筆者（ソーシャル・ワーカー）が食料の差し入れをもって定期訪問しました。また疾病管理や身体管理といった知識に欠落し、HIV/AIDS にかかわるすべての話題を回避しがちであった彼女への生活指導も欠かせませんでした。地域にはホーム・ベースド・ケアやサポート・グループは存在しておらず、自宅への訪問可能なサービスは欠落していました。デイヴィトンというタウンシップ内には

ホーム・ベースド・ケアやサポート・グループは存在しましたが、彼女の居住地域は活動範囲外とのことでした。

子供の衣料品・学用品などは年度替りに教会へのクリスマスの寄付金から調達しました。また数ヶ月後には神父の計らいで冷蔵庫を寄付することができました。学費に関しては、彼女の疾病の状態から免除の手続きがすでになされていましたから、社会援助給付金の手続き、エイズ・ホスピスへの紹介と併せて考えると、地区を担当しているソーシャル・ワーカーやクリニックは、積極的な支援の創出という責務は果たさなかったものの、最低ラインの情報提供は彼女の家庭に施していたということができます。なぜなら、同じデイヴィトン内で家族から疎外されて物置で寝たきりのまま衰弱し、何ら治療にも社会保障にもつながらず死ぬ2日前に筆者が出会った女性もおり、それは決して 2003 年の南アでは例外的なことではなかったからです。

話はMさんへと戻りますが、Mさんはその後6ヶ月間タウンシップでの生活を続けることができました。しかし6ヵ月後の 2004 年の 8 月に、病状悪化し衰弱した状態でエイズ・ホスピスへ再入院に至りました。同年 4 月に政府が開始したARV 公費負担者のスタート時点での患者リストに彼女はのることはできませんでした。

再入院後の彼女は、スタッフとのコミュニケーションも満足にとれないままに2週間で亡くなりました。葬儀は教会の寄付金でまかなわれました。そして、残された遺児は引き続き祖母がケアしてゆくことが話し合われました。

ところが、この段階でこれまで一切彼女一家を無視し続けてきた兄夫婦が登場。そして、「自分たちが手続きを踏むので心配しないように」と祖母を説得して死亡証明を持っていってしまいました。養子手当には法的な手続きが必要となりますが、その際にこの証明も必要となります。つまり、兄夫婦は養子手当を自分たちが受給するための手続きを行い実際の遺児のケアは拒否したわけです。このように、遺児のケアを行うことのない親族が養子手当を受給する例は他にも生じています。タウンシップに生活する人々の多くは社会資源の情報に非常に無知である場合が多く、情報へアクセスするためのノウハウを知らない人が遺児を懸命に扶養して、アクセスできた人が利益だけを得るということが少なくないのです。このような事例を防ぐために、現在は現実に遺児の扶養が申請された居住地と家族によって行われているかの訪問調査活動に以前よりも力が入れられるようになってきています。

Mさんの場合は、早期の段階でこの不正に幸い筆者が気づき、エイズ・ホスピスの他のソーシャル・ワーカーと連携して兄夫婦と数回にわたり面談。円満な形での祖母への権利の引渡しを説得することができました。この交渉の期間、祖母は娘の死への悲嘆に加えて親族の不正な行為を知った動揺が激しく、遺児も不登校をきたしたりいつもよりも外遊びで怪我をしたりお腹をこわすなどのストレス反応が起きてしまいました。タウンシップの別家庭に日々の見守りを依頼したものの、十分なケアは受けられないことが確認されたため、養子手当の問題が解決するまで遠縁の親族を頼りプレトリアに滞在することとなりました。

現在、遺児らは元の母親と暮らしていた住宅へ戻り祖母と 3 人での生活をしながら、定期的にプレトリアの親族宅に身を寄せてリフレッシュを図るという生活を送っています。近隣に居住する医療機関に勤務するケア提供者に、何か気になることがある場合には行政やホスピスのソーシャル・ワーカーへ連絡をすることを依頼してありますが、遺児の感染の有無については扶養義務者となった祖母がまだ検査への同意に至っていないという状況が続いています。

●事例2:Wさん、支援を求めての模索

現在 25 歳になるWさんは 17 歳の時に父親から性的虐待を受けるという体験をしました。HIV 感染を知ったのは 2002 年のことです。ボーイフレンドとの性交渉の体験もあったため、感染経路ははっきりとしません。父親からの性的虐待を受けた直後、その事実を知った彼女の母親は、彼女を守るために父親の元から避難。母娘にてエクルレニ市の東の外れ、ムプマランガ州との境にある「エトゥワトゥワ」Etwatwa というタウンシップに逃げてきました。エトゥワトゥワでの住居は、トタンで出来たシャック（掘っ建て小屋）です。エトゥワトゥワは、クリニックや小・中学校と雑貨屋以外は何もなく、行政機関へのアクセスも、隣接するタウンシップ「デイヴィトン」Daveyton へと出向かなければならない、舗装された道路も少ない町です。

Wさんが感染を知ったのは 2003 年、消化器症状を患い嘔吐･下痢が止まらなくなって病院へ駆けつけたときのことです。運ばれた公立の医療機関では、彼女が感染していることが判明したためか、たまたまなのかは不明ですが、彼女は一晩を嘔吐物と下痢便にまみれて、シーツ交換も何もし

てもらえないまま過ごしたそうです。

入院初夜の対応にショックを受けた本人と母親は、在宅での療養を決意し退院しました。そしてクリニックへ相談。医師からは CD４カウントを含めた自らの状態については一切の説明を受けないまま、「ここへ行きなさい」とエイズ・ホスピスへの入院を命じられました。

エイズ・ホスピス「聖フランシス・ケアセンター」へ入院したときの彼女は、そこがホスピスであることは知らず、ただこの病院であれば入院費はかからず食事も食べられるとの説明を受けたそうです。

筆者であるソーシャル・ワーカーが彼女と出会った際には、ホスピスでの入院生活が３ヶ月ほど過ぎていましたが、長期にわたる臥床生活とおそらく感染による神経症状によって、下半身の機能が低下して歩行不可能な状態となっていました。リハビリもないままに、足の関節も拘縮してしまい、褥瘡（床ずれ）もできてしまっていました。車椅子にも長時間座ることはできず、それでも彼女は笑顔を失わず、「初めて感染を知った医療機関での対応や自分の過去の恐ろしい体験に比べて、このホスピスは素晴らしい。ただ、毎日友人が亡くなっていくことだけが悲しい。」と口にしていました。

その後、働きかけによって看護師とともに、彼女のリハビリを少しずつスタート。座位がある程度とれるようになった段階で、彼女がこれまで誰からも情報提供されていなかった社会援助給付（ソーシャルグラント）の申請に出向くことになりました。申請には 5 指の捺印が必要であり、生活状況の聞き取り調査もあります。彼女の居住するエトゥワトゥワのクリニックのソーシャル・ワーカーに、来所を命じられたことから、エトゥワトゥワのクリニックへ出向きましたが、当日は別の職員が勤務しており、申請手続きをしてもらえませんでした。エトゥワトゥワにはデイヴィトンから週に 1 回グラントの申請を受け付けるソーシャル・ワーカーが出張してきていますが、その職員と連絡がとれないことを理由にあげられました。しかし、実際には、クリニックのワーカーは自らが、病院まで足を運んで彼女の申請手続きを支援することと、グラントの担当のワーカーのところへ代理申請に出向くことの両方を拒んだというのが真実でしょう。結局、W さんのグラントの申請は、筆者が別件で世話になった全く違った地区のクリニックのソーシャル・ワーカーに相談し、そのワーカーが代行で申請してくれることとなりました。

その後、彼女の疾病への理解が深まり、母親への介護指導が進んだ段階で、退院が決まりました。彼女は尿カテーテルを導入していたため、ホスピスの職員が車で送迎する形での通院をセッティングしつつの退院生活となりました。彼女の住む地区にはホーム・ベースド・ケアを実践している団体もサポート・グループも見つからなかったため、筆者が他の職員とともに、余暇を利用して定期訪問。機会がある時に同世代の他の地域に住むサポート・グループのメンバーである陽性者との顔合わせも行いました。彼女はそれまで、感染し死んでゆく友人としか出会っていなかったので、サポート・グループで生き生きと活動する陽性者との出会いは大変新鮮だったようです。

現在彼女は、ホスピスで活動していた白人ボランティアが費用負担を申し出てくれたので、私立病院でリハビリ目的の数ヶ月の入院生活を過ごし、杖歩行が可能となりました。

居住地も、サポート・グループが存在し、今では友人となった白人ボランティアの訪問も受けやすいタウンシップ、テンビサ Tembisa に母親と転居して生活しています。

まだ ARV 治療には至っていないのですが、彼女の場合、現在は選択肢として、テンビサ病院で ARV 治療を受ける方法と、2004 年より USA からの資金援助によって ARV 治療を始めた、「聖フランシス・ケアセンター・ARV クリニック」で治療を受ける方法とが用意されています。本人は将来に少し希望を抱き、「挫折してしまった勉強を再開したい」との夢を口にするようになっています。

4. ハウテン州でのケア・サポートへのアクセス

（1）ケア・サポート・グループとは

HIV/AIDS は HIV 陽性者の生活の全ての側面に影響を与えます。病院・クリニックは医療の面で、社会保障制度は経済の面である程度、HIV 陽性者をサポートしますが、それは HIV/AIDS に関わる一側面にすぎません。HIV 陽性者が十分な生活の質を確保し、感染という事実を乗り越えて力強く生きていくためには、何よりも精神的なサポートが必要です。これを担いうるのが HIV 陽性者自身によって組織されるケア・サポート・グループです。ケア・サポート・グループは、主に以下の点で HIV 陽性者の生活の質の向上に寄与しうるものです。

○ HIV 陽性者が前向きに生きていくための精神的なサポート

HIV 陽性者は、家族や周囲の人々、職場などとの関係で、強い差別・スティグマに直面することが多く、これにより自尊感情や権利意識が奪われてしまうことがよくあります。ケア・サポート・グループは、自分と同じ境遇におかれている人々と出会うことによって孤独感を解消し、話し合いや仲間の生き方を通して今後の生活についてどのような選択肢があるのかを模索してゆく機会を提供します。また、ピア・サポート（当事者自身による支え合い）は専門職種からの助言や励まし・支援以上に陽性者に勇気・力を与えることが可能です。

グループによっては、リーダーシップを持つ他の団体（例：治療行動キャンペーン（TAC））とのつながりを持つことによって、陽性者として積極的に生きてゆく可能性を学んだり、HIV/AIDS に関してより専門職に近い知識とカウンセリング能力を身につけ、アクティヴィストとして堂々とカミングアウトして活動し、民間非営利団体としてコミュニティでの感染者支援活動を開始したりと、ピア・サポート以上の活動を様々な形で行っている場合もあります。

○ 治療に関する知識、および治療を続けていくための意欲

HIV は完治する病ではなく、治療はずっと継続しなければなりません。特に ARV 治療は一度開始したらずっと服薬を継続しなければならず、その継続にあたっては生きるための強い意欲が必要になります。ケア・サポート・グループは、同じ立場の人々が集うことによって、グループ力動を活かしながら集団的にこの意欲を高める機会を提供します。また、感染後の生活面での自己管理の知識や、ARV や日和見感染症への正しい理解と治療薬についての知識を学び、より心身ともに健康的な生活と、より良い治療へのアクセスの動機付けになります。

○ 収入向上活動や他の社会資源へのアクセス

ケア・サポート・グループによっては、現金収入を上げるための小規模ビジネス（Income Generating Activities: IGA）などを実施しているところがあり、場合によっては、こうした収入向上活動へのアクセスを得ることができます。この活動内容はビーズ細工その他南アフリカ文化を反映した作品づくりであったり、野菜作りによってメンバー自身の食生活内容の向上をも目指したりと様々なものがあります。メンバー自身が様々なトレーニングを受けて例えばホーム・ベースド・ケアのケア提供者やカウンセラーとなって収入の道を得るという場合もあります。

これらの活動は、協働作業による孤独感の解消、精神的な安定、意欲の向上などのデイケア的な治療的側面も含んでいるものといえるでしょう。

また、ワークショップの開催などを通じて社会保障制度に関する知識を得るとか、援助機関とのアクセスを得て新たな生活の安定や広がりといった可能性を見出すことができるかもしれません。実際に多くの感染者がケア・サポート・グループの仲間の支援のもとに社会援助給付制度などの社会保障制度の利用に至ったり、子供のケアを助ける支援機関につながったり、民間非営利団体のボランティアメンバーになっています。

○ ソーシャルアクション

ケア・サポート・グループがクリニックや病院や公的機関との良い連携体制をもつための働きかけをすることによって、行政側の意識の改善や地域住民への理解促進などの啓蒙活動の役割を果たしています。例えば、医療機関の外来スタッフと良い関係を保っているグループは、待合室の来院者を対象としたスピーチその他ワークショップを開催したり、クリニックの運営にボランティアとして参加したりしています。

また、陽性者の権利が侵害された場合には、権利擁護団体と連携しながら陽性者を助けています。陽性者に限らず地域で阻害された人々や孤児など社会的弱者に対しての支援を仲間どうしで行う場合もあり、自らの家を虐待された女性や子供のシェルター代わりに提供したり、孤児の支援を学校との連携のもとに行ったり（例、クリスマスパーティーや衣類や給食の提供など）、民間非営利団体として登録して、様々な対外的な活動を行っている例もみられます。

このように、ケア・サポート・グループは HIV 陽性者が自らの自己尊重意識を回復し、新たな生活を切り開く上での鍵となりうる存在といえます。南アにはケア・サポート・グループは数多く存在し、その能力向上や支援のための全国的な組織もあります。しかし、全てのケア・サポート・グループがこうした機能を十分に果たし得ているわけではありません。

（２）政府のケア・サポート政策と「ホーム・ベースド・ケア」（訪問介護）

南ア政府も、ケア・サポートに関しては、HIV/AIDS 対策の重要な要素として位置づけています。その核になるのが、ホーム・ベースド・ケア（Home-Based Care: 訪問看護）です。ハウテン州政府も、ホーム・ベースド・ケアを重要な HIV/AIDS 対策の一つとして掲げています。これは、訪問介護（看護・相談業務を含む）活動であり、多くの在宅の HIV 陽性者を支えています。担い手は、様々な登録民間非営利団体や任意団体。ケア活動は各種のトレーニングを受けた専門職種を始め、感染者自身によっても行われています。

ケアを行う者をケア提供者（Care Giver）と呼びます。トレーニングは、「基礎コース（Basic Course: HIV/AIDS についての基礎知識の学習）」、「HIV/AIDS カウンセリング・コース」→「ホーム・ベースド・ケア・コース」など段階を追って受講してゆきますが、誰でも受講が可能です。受講先は医療機関内やその他の公的機関内、各種学校・大学で実施されるものから登録民間非営利団体によって実施されるものまで種類が多く、トレーニング期間も数日から数年にわたるものまで様々です。よってホーム・ベースド・ケア・サービスの質もどの実施機関を選択するかによって変わってくるのが実情です。実際にタウンシップ内ではその選択肢は多くて３～４機関であり、存在しない地域もあります。安否確認など挨拶・日常会話で終わってしまう訪問もあれば、食事の調達や身体介助を行う訪問もあり、家族への介護指導、カウンセリングも適宜行う訪問を行えている団体もあります。

質の高いターミナル・ケアを実施している登録民間非営利団体もタウンシップによっては存在します。ホーム・ベースド・ケアで用いられる用品（保健用品、日常生活用品、食事など）は、助成金を受けて団体内で調達する場合と、用品そのものを企業や行政から寄付してもらい行う場合もあり、何もない状況で訪問のみを感染者サポート・グループ自身が行っている場合もあります。ホーム・ベースド・ケア機関を掲げるにあたっての認定制度等は得に存在せず、これらを全て含めて政府はホーム・ベースド・ケアを国家対策の一部に掲げているという状況です。

（３）日本から帰国する場合の配慮

ですので、日本から感染者を帰国させる場合も本人の居住地域の実態を病状によってはよくリサーチしておくべきです。病状に応じては感染者本人とよく話し合い入院・施設入所などの選択肢をとる必要もあるでしょう。

なお、ハウテン州に帰国する場合には、ジョバーグに隣接するエクルレニ市のケンプトン・パーク（Kempton Park）にあるジョバーグ国際空港（現

在の正式名称はオリヴァー・タンボ国際空港：Oliver Reginald Tambo International Airport）から各タウンシップへの経由地点にいくつかのエイズ・ホスピスが存在。本来のホスピスの定義を越えた役割を南アのホスピスは果たしています。末期患者の看取りのみでなく、体力低下時や在宅での家族によるケアが困難な時、栄養摂取困難時などの休息入院・体力増強・ストレスからの回復など多岐にわたる目的での入院相談が可能です。各ホスピスは登録民間非営利団体やキリスト教団体が運営。日本から南アへの長時間渡航による疲弊からの回復や、タウンシップでの生活準備を行うための段階的利用の相談も可能。これらのホスピスはケア提供者になるための実習トレーニング機関の役割を果たしている場合も多く、ソーシャル・ワーカーも存在しているので、特に症状を多く抱える患者の帰国時には活用すべきと思われます。例えば、同じくエクルレニ市ボックスバーグ Boksburg にある聖フランシス・ケアセンターでは、多くの抗生物質や ARV も用いて患者の回復を試みています。ただし、点滴治療はなく経口での食事摂取が不可能な患者への対応はできません。

一般的に、とくに長年に渡って南アを離れていた人にとって、ホスピス＝死のイメージもぬぐえないものです。日本の支援者が「帰国準備支援」を、これらのホスピスを安易に紹介するということだけで済ませてしまうことは適切ではありません。

以下、いくつかの事例を織り交ぜながら、ケア・サポート・グループの活動を紹介していきたいと思います。

（４）ケア・サポート・グループの役割

まず、ケア・サポート・グループがどのような役割を果たしうるかを見てみましょう。

●活動事例１：ケア・サポート・グループの役割とは：「オレンジ・ファーム」の「レット・アス・グロウ」（Let Us Grow）の運営するケア・サポート・グループ

ジョハーグのソウェト南方十数キロに位置するタウンシップ「オレンジ･ファーム」にある登録民間非営利団体「レット・アス・グロウ」（Let Us Grow）の運営するケア･サポート・グループの例から見てみましょう。

「レット･アス･グロウ」は、自身が HIV 感染者でレイプ被害者でもあるローズ･タマエ氏　Ms. Rose Thamae（ママ･ローズ）がオレンジ･ファームで設立した登録民間非営利団体であり、HIV 陽性者支援とコミュニティづくりを目的とし活動しています。ママ･ローズは 1990 年に HIV 感染を宣告され、家族に阻害される体験や体調悪化により死地をさまよう困難を乗り越えて「レット・アス・グロウ」を設立、多面的かつ積極的な HIV 陽性者支援と啓発活動をコミュニティで展開させてきました。その活動の中心にあるのは「ホーム・ベースド・ケア」「エイズ遺児をはじめとした脆弱な状況におかれている児童への支援」「コミュニティへの啓蒙活動」と、ここで説明する「ケア･サポート・グループ」活動です。特にケア･サポート・グループは長年継続させているグループの運営に加えて、近年は若者を中心とした新たなグループを設立するなど、コミュニティのニーズを常に見極めた活動展開をしています。

「レット・アス・グロウ」のサポート・グループは２７名のメンバーで構成され、２名のサポート・グループ・ファシリテーターおよび２名のカウンセラーをおいてサポート・グループの運営を行っています。サポート・グループの活動の内容はおおよそ以下のようになります。

a)HIV と治療に関する教育･知識の向上

- メンバーや相談に来る人々が、HIV について知ること、HIV 感染という現実を受け入れ前向きに対処すること、ARV 治療をはじめとする HIV 治療について知り、治療の継続に向けた意欲を持つことを目的に、各種のセッションを定期的に行っています。カウンセリング･セッション、ARV 等のアドヒアランス・セッションなどの他、栄養に関する情報提供を含めた日常生活上の自己管理能力を高めるためのワークショップなどを行っています。
- HIV 治療を行う病院や医療機関に関する情報

も提供しています。オレンジ･ファームには現在、３つの ARV 治療を提供するクリニックやサービスがあります。

b) 収入向上活動

・ コミュニティのHIV 陽性者の収入向上のための活動として、レッド･リボンなどのビーズ細工や靴、帽子、カードなどを作り販売しています。販路の開拓という課題は抱えているものの、定期的に陽性者が集まり作業を行っています。

c) 社会的活動（ソーシャル･アクション）

・ 「レット･アス･グロウ」のサポート・グループには多くのカミングアウトした感染者がいます。そしてグループは、ジョバーグの様々なHIV/AIDS に関る機関との連携をとっています。HIV 治療に関するセッションなどは、「治療行動キャンペーン」（TAC）などとも連携しながら行っているため、陽性者はコミュニティの外にも多くの陽性者の仲間を持ち勇気づけられています。また、「治療行動キャンペーン」とは連帯して行政に対してより良い治療や保障を求めるソーシャル･アクション（デモ行進やキャンペーンなど）を行ってきました。
・ カウンセラーはコミュニティ内のクリニックに出張し新たに感染が判明した陽性者への時期を得たカウンセリングやサポート・グループへの導入を実施するなど、公的機関とも信頼関係を醸成しており、陽性者のより良い治療へのアクセスをスムーズにするための努力を続けています。
・ ソウェトのバラグワナ病院内にあるHIV/AIDS 支援と治療のための包括的なプロジェクト「HIVSA」（HIV South Africa）や研究プロジェクトである「産科 HIV 研究ユニット」（Perinatal HIV Research Unit）と連携して、エイズ･ワクチンやマイクロビサイド（HIV 予防膣･肛門用殺菌剤）の治験などにも協力しています。

（５）ケア･サポート・グループはどのように作られるか

「レット･アス・グロウ」などのケア･サポート・グループは活動において行政の支援を得ることはありますが、組織事態は HIV 陽性者たちが自主的に設立し運営している民間団体です。組織が安定してくる過程で多くのサポート・グループは民間非営利団体としての登録申請をしています。

日本にも様々な患者団体や自助グループがありますが、特に南アのケア･サポート・グループは、HIV 陽性者自らが感染を公表してリーダーシップをとりグループを作る場合が多いようです。リーダーがソーシャル･アクションを志向しているグループの場合は多くのメンバーもその影響を受け、感染を公表しており、グループの活動もメンバー同士の支えあいだけではなく、「レット･アス･グロウ」の例のように地域への働きかけも熱心に行われます。もちろん、感染を地域の中では隠したいという人もグループへ参加でき、その秘密は保持されます。多くのグループは、活動するための事務所といったものは持たない中で活動をスタートさせ、徐々に地元での理解を進めて、クリニックや学校、教会といった公共施設で部屋を定期的に借りられるまでになります。「レット･アス･グロウ」の場合は、粗末ではありますが、民間非営利団体として独立した平屋の事務所を所有していますが、そうなるまでには多大な努力が必要です。現在南アでは HIV/AIDS に関連した任意団体や NPO が乱立する傾向も見られています。HIV/AIDS 関係の団体の乱立によるドナー（資金提供者）の奪い合いといった状況も生じていると言われている中で、ケア･サポート・グループが独立した自分たちの事務所を持つというのはなかなか実現しない夢とも言えます。

また、タウンシップの中は大きな産業もないので、収入向上活動を行って、活動のなかで収入を得ていくのは「レット・アス・グロウ」が、作った製品の販路獲得に苦慮しているように、私たちの想像を越える困難に満ちています。

それから、グループによっては、クリニックや病院のソーシャル・ワーカーやカウンセラーが主導して設立される場合もあります。そのようなグ

ループの場合は「感染を公表する」かどうかやソーシャル･アクション、登録民間非営利団体としての資格の取得はあまり重要視されません。グループ内での語り合いによる一人一人の心のケアや、秘密保持の上での支え合いを最重要目的とし、問題に応じてはメンバー同士ではなく早期の段階で専門職が対応してゆきます。このスタッフ主導型のグループの利点は専門職との良好な関係を常時保つことによって、個別ケアとグループの力動によるエンパワメントが同時に図られるという点です。なお、グループ運営に携る専門職は、グループメンバーがセッション運営などの力をつけてきた段階で、ミーティング運営などをメンバーに委任することを心がけています。一人一人が力をつける中で、おのずと感染を公表する人も生じますが、彼らの場合は、グループとして「治療行動キャンペーン」（TAC）などと連携をとるのではなく、一個人として他機関へ所属して活動をしてゆくことになります。

●活動事例２：ケア･サポート・グループにたいする陽性者の声：カテェホンの「マサカネ･グループ」の例から

ジョバーグ郊外、エクルレニ市の南東部にあるタウンシップ「カテェホン」（Katlehong）で、ケア･サポート・グループの設立･運営に関ってきたオーパ（Oupa）さんは、ケア･サポート・グループの作り方と、グループの重要性を次のように説明します。

a) ケア･サポート・グループはどのように作られるか

「ケア･サポート・グループは地域の HIV 陽性者たちが自発的に組織するものです。活動も運営も参加者全員の意見を取りまとめながら実施していきます。作り方は、まずはサポート・グループを作ろうという自分の意志を固め、同じ希望をもつ仲間を探すことです。そして仲間が数人集まった段階で、グループの名称を決め、参加したい人をクリニックや地域で呼びかけ、集まってもらいます。私の場合は、感染を公表していたこともあったのでクリニックのカウンセラーに自分の意志をスムーズに理解してもらえ、相談の結果場所の提供を約束してもらいました。クリニックのカウンセラーを通じて参加者を募りました。これは、地域で感染の公表をできずにいる人ほど悩みを分かち合う仲間を求めていると考えたからです。

次に、グループセッションの運営のために、参加者の中から、最低以下のスタッフを選出します。もちろんスタッフは無償でその役目を引き受けます。

- ✓ 議長　（Chair）
- ✓ 組織者　（Organizer）
- ✓ 会計　（Treasurer）

このスタッフが中心となって、定期的なセッションやミーティング、ワークショップなどの運営を実施します。セッションを繰り返す中で、感染を受け入れ病気と治療に対する必要な知識を身につけてくると、何か次の生きがいを求めようとする動きがメンバーに生まれ、グループミーティングでも活動方針が常に議題となってきます。そこで、セッションを中心としたピア・サポート以外のビジネスプランが必要かどうか、そのための資金獲得をどうするか、検討する場合もあります。資金が必要な場合の獲得は企業にレター・電話・訪問など交渉して確保しなければなりません。タウンシップでビジネスを行うのはとても大変ですが、安定した収入は感染を抱えた生活の精神的･肉体的健康を保つ上で欠かせないものなので、常にビジネスプランをたてるべきかは話題となっています。一方で、感染を隠したい人もグループ内には必ずいます。地域で活動をすることは感染をある意味公表することを意味するので彼らはクリニックの外にでて何か活動することに不安を覚えています。議長は慎重に一人一人の意見･希望に耳を傾ける必要が常にあります。」

b) サポート・グループの重要性

「サポート・グループが重要なのは、自分たち自身で HIV 治療について学び､差別やスティグマに対してお互いに励ましあうなどして、陽性者自身が助け合うグループだからです。専門職による励ましとは別の勇気を与えられます。

陽性者がサポート・グループなどに参加せずに孤立していると、ストレスが溜まります。このス

トレスほど病気に悪影響を与えるものはなく、ストレスは死に直結しています。グループでHIV陽性者同士が出会い、安心できる場で信頼感を養うことで、陽性者は自らの『HIV＝死刑宣告』というとらわれから自由になり、自らのこれまでの生き方に納得し、HIVを抱えながらも肯定的に生きていくことができるようになります。

また、陽性者が支えあったり、経験を共有することで、サポート・グループ内のみではなく、周囲の人にもうまく自分のHIV感染を伝えられるようになり、そのことによって周囲の状況をも良くしていくことができるようになります。」

c）特に差別・スティグマとどう向き合うか

「差別やスティグマに対して、助け合って対応してゆくことはとても重要です。私たちの住むタウンシップでは、家族でさえも陽性者に対して別のスプーンや食器を使わせるなどして孤立させていくというようなことは頻繁にあります。これは知識がないことによる恐れや疑いから生じる悲劇です。これについては、やみくもに対応するのではなく、いつ、どのようにHIV感染を伝えていくか、最初のステップがとても重要です。サポート・グループとして、家族にHIV感染を伝えた陽性者のメンバーをサポートしたり、家族をサポートしたり説得したり、助け合っています。」

オーパさんの所属していた「マサカネ・グループ」は、中心メンバーがオーパさんも含めて力をつけ、個別に「治療行動キャンペーン」（TAC）の活動に参加したり感染を公表する人も多く生まれました。しかし、感染を知られることを恐れる人も多いため、ビジネスなどのクリニック外での活動はせずに、クリニック内にてビーズ細工などの作成と、スタッフの協力を得ての間接的な販路開拓にとどめることとなりました。

2005年に、クリニックのカウンセラーが交代となり、新しいカウンセラーはメンバー主体となっていたセッションの運営に深く介入するようになりました。グループの名称も変更することとなり、従来のメンバー同士での気持の分かち合いを重視していたオーパさんは違和感を持って、2006年にはメンバーによる自主運営に任されているカテェホン内の他のサポート・グループへと自らの籍を移しました。

なお、オーパさんは2005年までは地元のクリニックに通院し定期的にタウンシップ内の公立病院にてCD4カウントのチェックを受けていました。2005年より日和見感染を発症しやすくなり、CD4カウントも200近くまで落ち込んだことにより、2006年からセボケン病院にてARV治療をスタート。カテェホン内及び隣接するタウンシップではARV治療が行われていないためオーパさんは乗合バスを数回乗り継ぎ通院しています。

（６）資源へのアクセス、コミュニティづくり

ケア・サポート・グループやケア提供者は、HIV/AIDSの影響を受けた個人や家族と既存の医療・社会保障制度とを結ぶ働きもします。次の事例は、HIV/AIDSの影響を受けた家族に対して、サポート・グループがどのような役割を果たすことができるか、また、既存の医療・社会保障制度へのアクセスをどう促進できるか、そしてコミュニティの力を強化させることの重要性についての示唆を与えてくれる事例です。

●活動事例3：一家庭への支援をきっかけとしたコミュニティにおける住民の手による社会資源の創出までの道のり（事例提供：小山えり子さん）

Ｔさんとの出会いは2004年１月。当時Ｔさんは30歳でした。筆者がＴさんに出会ったのは彼女の妹Ｚさんの葬儀の前日です。Ｚさんはエイズによる日和見感染の悪化によって亡くなりました。南アでは葬儀は亡くなった人の家庭で行われるのが一般的です。また葬儀には多くのタウンシップの友人・知人・近隣者が訪れるためにかなりの量の食事を客のために用意する必要があります。葬儀の費用はＺさんの場合は居住するタウンシップ、エトゥワトゥワ（Etwatwa）内で彼女が所属していたキリスト教会の相互扶助と病院からの寄付で準備しました。

Ｔさんは葬儀準備の炊き出しが行われている家で寝込んでいました。母親は当然ながら悲嘆にく

れていました。母親の英語でのコミュニケーションが不十分であったことと、Ｔさん（英語は堪能）の体調が気になった筆者は 3 者で面談を行いました。結果、彼女たちはＺさんを失った悲しみにくれていることに加えて、Ｚさんの残した子供をこれから扶養してゆく不安、自分たち一家の今後の生活への不安で一杯であることが判明しました。また、ＴさんもHIV 陽性者であり地元の公立クリニックへ通院していることを打ち明けてくれ、しかもCD４カウントは 18 という低い数値であり、体調不良に苦しんでいるとのことでした。抗生物質の処方はできず、必要時には隣町デイヴィトンのクリニックへと紹介されるがデイヴィトンまで出向く交通費がないので行けずにいるとも話してくれました。

これまでＴさんの家庭は母親・Ｔさん母子・Ｚさん母子の５人家族。経済基盤は子供二人の児童支援手当とＺさんの社会援助給付金でした。Ｚさんが亡くなったことで、経済基盤が児童支援手当だけになってしまう、と彼女たちは恐れていました。しかし、この段階で誰かが彼女たちをもっと支えていれば、Ｔさんはかなり前から社会援助給付金をもらえる資格を満たしていたはずであり、また Ｚ さんの遺児を扶養する意思のある Ｔ さんもしくは母親が養子手当の手続きができることを知りもっと安心することができていたはずです。

Ｔさんには早急に社会援助給付金の申請をする段取りを案内し、手続きに出向くためにかかる交通費と当面の生活費を筆者の活動費用から保障することとしました。また母親に養子手当の手続きを指導。母親自身は老齢年金をもらうまでにあと１年ありました。

治療に関しては、Ｔさんは４月から始まるARVの公費負担の情報は知りませんでした。給付金の手続きのための診断書を医師に依頼する際にARV 治療へのエントリーを希望する旨を促し彼女も交渉しましたが、医師には答えをはぐらかされ、エトゥワトゥワの住民が ARV 治療のために通院することになるファーイースト病院（乗り合いバスを３回乗り継ぐ）への紹介はしてもらえませんでした。亡くなったＺさんが結核を発症していたため、Ｔさん家族の結核検査をクリニックで要望しましたが不要と判断されてしまいました。Ｔさんは自分の暮らすコミュニティと行政への失望の気持ちをもらしました。

この段階で、治療に関しては根気強く地元のクリニックとファーイースト病院に交渉してゆく道と並行して、１月から無料での ARV 治療を行うクリニックを開設したボクスバーグのカトリック組織の運営するクリニックへの受診相談を行う段取りをつけました。このクリニックはARV の提供のみを行い、日和見感染の治療やその他日常的な検診は地元の公立の医療機関を継続するという仕組みをとっています。ですので、ARV クリニックの医師からは自分たちの医療機関で彼女の ARV 治療を開始したいので、まずは公立クリニックにて結核検査を行って欲しいとの依頼状を書いて送りました。

結果、彼女は結核陽性であることが判明。交渉によって、同居する家族全員の検査も行ってもらうことができました。結核菌への陽性反応がでた場合、ARV 治療をすぐに始めることができず２ヶ月間結核治療にとりくむことになります。これに関しては、彼女の緊急性を判断して ARV 治療を同時に始める医療機関を探すという選択肢もありましたが、彼女は拒否。これまでの人生の中で、ねばり強く生きる道を探したり権利を主張する体験に乏しかったのかもしれませんし、また実際に医療機関の職員や行政職員へ落胆する経験もあったのでしょう。諸機関への信頼感を持てずにおり、筆者がかかわりの深かった ARV クリニックと妹の Ｚ さんを看取ったエイズ・ホスピス（同じ組織の運営・聖フランシス・ケアセンター）にだけは何とか本人なりの希望を託している様子でした。これは、家族の末期のケアをしてもらったという思いと、途方にくれていた自分たちに生きるための情報提供をしてくれたという思い、あるいはタウンシップの外の人間（日本人）による介入という初めての体験が幸いして生まれた信頼関係の第１歩だったと思われます。

Ｔさんは地元のクリニックで結核治療をスタート。筆者が毎週訪問して彼女に生活管理について助言しながら、心理的なサポートと社会援助給付金が決定されるまでの食糧支援を行うこととしました。なぜなら緊急支援制度のフードパーセル

の支給を当地で請け負っている団体はありましたが、自分たちの訪問時にＴさんたちが不在だったことを理由に支援を中断してしまったからです。家族関係は円満で、Ｚさんの遺児もきちんと世話を受けており、タウンシップではめずらしく貧困ながらもシャックの庭先に花を咲かせる家庭でした。

Ｔさんの生活する地域にはケア・サポート・グループはありません。Ｔさんの了解を得て、他のタウンシップで暮らすケア・サポート・グループのリーダーやメンバーの訪問や声かけ（中古の携帯電話を提供）も導入し、グループメンバーとＴさん一家が協力しあって、庭先に野菜畑も耕し生活の糧とする機会もつくっていきました。社会援助給付金も支給開始されました。

Ｔさんはこれまで隠していた自分の HIV ステイタスを（南アでは感染しているか否か知ることを「自分のステイタスを知る」と言います）友人に打ち明けられるようになっていきました。そして「もしも自分に生き延びるチャンスが与えられたら、この地域にケア・サポート・グループを作りたい」とも言うまでになりました。

しかし、実際に彼女の免疫力で日和見感染を抱えながら満足な治療を受けられずにいることは過酷です。結核の症状はなかなか改善せず、それだけでなくカンジダ食道炎・胃炎も発症（抗真菌薬は処方してもらえました）。４月まではなんとか頑張って生活していましたが、その後髄膜炎も併発してしまい、結局 ARV 治療の導入に至る前にＺさんと同じエイズ・ホスピスに入院し５月に亡くなりました。

彼女の 10 歳になる息子は、数ヶ月のかかわりの間ずっと Ｔ さんの病状その他家庭の状況の話にしっかりと加わり、母親と祖母を支えながら従妹の世話もよく見ていました。サポート・グループのリーダーから繰り返し、Ｔさんの病や死は彼のせいではないこと、彼は子供らしく学校生活や遊びを楽しむ権利があることを伝え続けていたこともあり、何よりも彼自身の本来の強く懸命な性格でＴさんの死にしっかりと向き合い、悲しみながらも、学業もがんばり続けました。Ｔさんの母親の存在も彼にとって救いでした。

ところが数ヵ月後、外来通院検査を定期的にしていたにもかかわらず、Ｔさんの母親はある日急激に体調を崩して入院直後に亡くなってしまうという悲劇が起きてしまいました。

この段階で Ｔ さん家族への支援者（すべて友人・サポート・グループとしての立場）はある程度広がっていたので、葬儀や遺児への生活費の緊急支援をとり急ぎ確保。そして、エトゥワトゥワの隣のタウンシップ、ヴァセロナに住むＴさんの妹Ｓさん（夫と２人の子供との４人世帯）が、Ｔさん宅に一時的に戻って遺児２人の世話をしてゆくことになりました。遺児たちは亡くなった親と祖母との思い出のある地と慣れた学校からの転校を拒否、この段階ではＳさんの夫もヴァセロナでの生活を希望。最終的に彼らがどこで暮らすのかの決定は先送りする形で、まずは、祖母が手続き中であった Ｚ さんの遺児の養子手当の扶養義務者変更の手続きと、Ｔさんの息子の養子手当の手続き、遺児たちの学費免除の手続きなどをＳさんが行ってゆく過程を、支援者がサポート、経済基盤ができるまでの食料支援も適宜行いました。中断されていた緊急時のフードパーセルも再開させる交渉をＳさんと共に行いました。Ｔさんの遺児をケアすることになったＳさん自身も、家族を立て続けに失い遺児までも抱えた遺族としての心理ケアが必要でした。

本来この過程の支援にかかわるべきなのは、筆者たちコミュニティの外で生活する者たちによる私的な人間関係よりも、コミュニティ内の行政や NPO、住民たちであることが望ましいのですが、なかなか積極的なかかわりは受けられない状況が続きました。

しかし、サポートの過程を通じて何人もの地元の行政やクリニックのスタッフに出会い、また地元に居住して郊外の医療機関や NPO で働くカウンセラーやソーシャル・ワーカー、看護士らの存在に出会うことができ、一家の同意もあったため、出会った専門職種には一家の抱える問題を伝えていきました。

彼ら専門職種と、Ｔさん一家がこれまでコミュニティの不十分なサービスと社会資源の欠落によって直面しなければならなかった困難な生活を何度も話し合う機会に 2005 年末にようやく恵まれました。また、Ｓさんは、Ｔさんの家に移

り住むことを決断。手続きには長期間かかったものの、養子手当も支給が決定されました。

Ｔさん一家に残された遺児たちはその後も学業をくじけることなくがんばっています。一家の住んでいたシャックは雨漏りに加え砂や風もどんどん入ってきてしまう粗末なものであったため、現在はＳさんの夫が家の修繕を行い、家族全員で住みやすい環境を作り直す努力をしている最中です。

またコミュニティでの専門職を中心とした有志による話し合いでは、彼ら自身もよりよいコミュニティを強く望んでいることがよくわかりました。そして、Ｔさん一家のような悲しみをコミュニティから減らすためには、自分たちでコミュニティを変えていかなければという意思も複数の人々が口にしだしました。

2006 年の間に、地元に居住しソウェトの NPO でエイズ遺児の支援を行う NPO に従事するソーシャル・ワーカーが中心となり、ネットワークづくりが開始されました。専門職や地域住民による組織づくりがなされ、教会に場所の提供を得、９月より遺児支援を中心プログラムにおいたプロジェクトをスタートさせることができました。当面スタッフは全員がボランティアで近所の住民も手伝いに参加しています。Ｓさんも時々この活動に参加しています。活動内容は Ⅰ)遺児へのフィーディング・スキーム（給食サービス）Ⅱ)子供へライフスキルを教えていく活動、Ⅲ)各家庭の経済基盤安定化のための行政手続の支援活動、Ⅳ)心理ケア、Ⅴ)定期的な家庭訪問による家族全体の支援、Ⅵ)将来的に成人の陽性者へのサポートやホーム・ベースド・ケアのできるスタッフのスキルトレーニングなどです。2007 年１月の段階でⅠ)～Ⅴ)までが既に最低週１回は実施されるようになっています。財政的には、筆者の活動する事務局が現在は負担していますが、既に、南ア国内の企業その他への資金援助申請も行い、NPO 登録も済ませたところです。また 2005 年末にはようやく隣町のデイヴィトン・クリニックで ARV 診療が始まり、遠方のファーイースト病院まで通院するよりも患者の身体的・経済的負担も減り、また医療機関同士の連携も改善されつつあるようです。

このＴさんの事例のように、一つの家族に次々と悲しみが襲いかかるという出来事はタウンシップでは日常的に見られているのです。Ｔさん家族は支援者や社会保障、医療の介入がもっと早ければ違った人生を歩んでいたでしょう。また、Ｔさん家族自身にも情報収集力や相談してゆく力などのライフスキルの高さがあれば、また違った結果だったと思われます。彼らの消極性からは、アパルトヘイトによって主体的に自らの人生を選択してゆく権利を奪われて成人してしまった人々の抱えている問題の一部が見えてきます。

ただ、悲しみの中にもこの事例では、遠方の陽性者をも他の地域のサポート・グループのメンバーたちが力強く支えうることが示されており、また私的な支援を行いながら声をあげてゆくことによって地域住民が当事者意識を強め、コミュニティ自らたちあがり、未来をつくる子供たちを支えることを第一目標としたプロジェクトをスタートさせるという一つの希望を見出すことができました。

（７）サポート・グループにおけるカウンセリング

サポート・グループで活動している HIV 陽性者たちは、初めて出会う、悩みを抱えている HIV 陽性者たちにどのようなメッセージを伝えているのでしょうか。専門職によるカウンセリングとの違いは何でしょうか。これまでの事例から、南アで HIV/AIDS 問題を語るときに重要なキーワードがいくつかあがってきたと思います。「自己肯定感」「エンパワメント」「差別・スティグマの克服」「疾病と治療への理解」など。南アにおいて HIV 陽性者をとりまく状況は非常に厳しいものがあります。この困難な状況にいかに自力で立ち向かえるか、そのハードさゆえに南アでは多くのサポート・グループが設立されていると考えられます。

● 活動事例４：HIV 陽性者からのメッセージ：テンビサの「イググレツ・サポート・グループ」の例から

ジョバーグの北東のエクルレニ市内に位置する

タウンシップ、テンビサでケア･サポート・グループ活動を５年以上にわたって行っている HIV 陽性者のググ・ヂャミニさん（Ms. Gugu Dlamini）さんは、ある人に対するカウンセリングの経験を以下のように説明してくれました。

a) 自己肯定・尊重のメッセージを伝える

「HIV 感染がわかると、自分を否定して閉じこもりがちになります。しかし、それは死につながります。自分を愛し、自分の存在を肯定することが何よりも大切です。そのことを、私は相談者に根気強く訴え続けます。

また、自分の HIV 感染を否定し受け入れない、ということがよくありますが、感染を否定していると結局何の対処もできず、結果待っているのは死です。HIV 感染を受け入れ、HIV を自分の敵とするのではなく、友として受け入れて生きるという心を持ちつづけることが必要と説明しています。

私自身、レイプによって 1993 年に 10 代で HIV に感染し、同時に妊娠するという体験をもっています。私は自らの体験を 2001 年から積極的に、それまでの苦労とともに人々に語りつづけています。私が『あるがままの自分を愛している』姿を人々に伝えることこそが一番、相談にきた HIV 陽性者にとって意味があると考えています。」

b) 自分を救えるのは自分であって他人ではない

「また、サポート・グループなどは助けにはなるものの、自分を救うことができるのは自分自身であって他人ではないということを自覚する必要性も訴えます。自分が生きると思えば生き続けることができ、自分は死ぬと思っていれば実際に死が近づきます。これは治療へのアクセスだけではなく、生活全般の送り方に関して言えることです。他人に頼らず、自分を頼みにして生きることが私たちの生きる南アでは非常に求められるのです。」

c) 差別・スティグマへの対処

「家族･親族や友人に HIV 感染を無理に伝える必要はありません。自分が伝えることができる状況にあるときに、伝えることができる相手に対して伝えるということでよいのです。タイミングはとても重要ですし、力関係に応じては無理に正直に感染を打ち明けなくとも構わないのです。私の知る女性は、感染がコミュニティに知れてしまったがために、ののしられ石を投げつけられて亡くなりました。また、南アではサンゴマ（Sangoma：伝統医術師のこと）に、行いが悪いから感染したとか呪いをかけられたと宣告されてしまうといった誤解もまだ数多く生じています。それらの誤解のある社会で自分がどのようにしたら自分を守れるのかを判断してゆく必要があります。そういったことをカウンセリングでは話し合います。誰もが私のように感染を公表する必要はなく、差別との闘い方は人それぞれだと私は伝えています。

それから、HIV 感染について、差別意識をもってゴシップのネタにする人間はどこにでも、いつでもいるものですし、こうした人間がいなくなることはないでしょう。これらは『差別・スティグマ』として重く受け止めないことが肝要です。重く受け止めることによって増えてしまうのは自分のストレスです。むしろ周囲の揶揄をどう受け止めていくかは、自分の人生の『チャレンジ』だと思うべきです。そうすることによってこれらを克服できるものとして認識することが重要だと思います。そのことも根気強く相談者に伝えつづけます。」

d) 病と治療への理解について

「HIV/AIDS の存在とその感染について知っていても、日和見感染症については知らない人が多く見られます。また HIV と日和見感染症の関係について認識を持っていない人も多い。そのため、日和見感染症の予防に対して無頓着であったり、日和見感染症の症状は認めても自らの HIV 感染については否定してしまったりするケースなど、矛盾した態度が見られることがあります。日和見感染症と HIV の関係について、正しく伝えて認識を持ってもらうことはカウンセリングの中で大変重要です。

また、ARV 治療が南アでも広まっていること、HIV/AIDS は死ぬ病気ではなくなってきている

こと、そのことを信じて自らを適切な治療に結びつけるための行動がとれるように様々な情報提供を心がけています。」

なお、ググさんの運営するサポート・グループではビーズ細工のレッド・リボンバッジ作成による陽性者の収入の向上や、小学校の校庭を借りての畑作り（陽性者で分け合うと同時に学校に在籍するエイズ遺児の給食の食材へと活用）、ホーム・ベースド・ケアや遺児のための放課後のプログラム（演劇）など、様々な活動を現在も模索しているところです。

（８）ケア・サポート・グループの能力強化

以上のように、ケア・サポート・グループは南アフリカの HIV 陽性者を取り巻く状況の改善にとって不可欠な存在であると言えます。しかし、すべてのケア・サポート・グループが、そのニーズにこたえ、十分なサービスを提供できているかというと、そういうわけではありません。ケア・サポート・グループは参加している HIV 陽性者が主体となって活動を作り出すものですが、それが十全な機能を発揮するには、一定の資金と、HIV/AIDS に関する適切な情報にアクセスしていく必要があります。

ケア・サポート・グループに対して、HIV/AIDS に関する正しい情報の提供や運営の支援などを積極的に行っている全国的な組織がいくつかあります。そのうちの一つが、HIV 陽性者を中心に治療アドボカシー、治療リテラシーの両面で活動している「治療行動キャンペーン」（TAC：Treatment Action Campaign）です。

第１章に紹介したとおり、TAC は南アフリカの HIV 陽性者の当事者運動を牽引して、公的医療における ARV 治療の導入にむけた強力なアドボカシーを展開してきました。TAC はこうした運動によって世界的にも有名となり、TAC と創立者のザッキー・アハマット氏は何度か、ノーベル平和賞候補にノミネートされています。ただ、TAC は外向きのアドボカシーだけを行っている団体ではありません。全国９州に支部を持ち、各支部が地域のケア・サポート・グループに対してワークショップを行ったりスタッフを派遣したりして、ケア・サポート・グループの治療リテラシー向上に関する技術協力を行っています。その結果、ケア・サポート・グループを中心的に担うメンバーの多くが TAC のメンバーであるとか、TAC が行うアドボカシーのキャンペーンに積極的に参加する、ということがよく見られます。先ほど、ジョバーグ周辺で活動する３つのケア・サポート・グループの活動を紹介しましたが、この３つのグループはいずれも、TAC と協力関係にあります。TAC の全国事務所は西ケープ州のミュイゼンバーグ（ケープタウン郊外の町）にあり、連絡先は以下のようになっています。

○治療行動キャンペーン（Treatment Action Campaign）

全国事務所

- 住所：34 Main Road, Muizenberg, 7945, South Africa
- 電子メール：info@tac.org.za.
- 電話：+27 21 788 3507.
- ＦＡＸ： +27 21 788 3726.

●活動事例５：フォロソン病院でのサポート・グループのボランティア活動：ブラックパン、ツァカネ、スプリングスの３地域のサポート・グループ事例

以下の事例は、地域のケア・サポート・グループに対して、TAC などの技術協力がどのように有効に作用しているかについての事例です。（事例提供：小山えり子さん）

エクルレニ市にあるブラックパン Brakpan、ツァカネ Tsakane、スプリングス Springs の３タウンシップは併せてソウェトほどの広さをもつ、ジョバーグ南東に位置する地区です。

その３タウンシップその他の地区を統括する形で公立のフォロソン（Pholosong）病院があります。この病院は ARV 実施医療機関にはなっておらず、北に位置するファーイースト病院に ARV 治療のためには患者を紹介しなければならないのですが、医療機関としては、早くからＨＩ

Ｖ陽性者のための専門外来を院内に設置し、24時間対応のカウンセリング体制（スタッフが自らの携帯電話の番号を外来に掲示）や様々な情報提供、HIV について学ぶワークショップの開催など、積極的な感染者支援が外来婦長を中心としたスタッフによって行われています。

陽性者はクリニックで感染が判明した段階でこの専門外来へ紹介され、専門外来では日和見感染を治療、ＣＤ４カウントを定期的に調べ、ARV 治療が必要と予想される患者を早い段階でファーイースト病院へ紹介するという、患者にとってクリアな医療連携体制をとっています。

この病院にはブラックパン、ツァカネ、スプリングスという３つのタウンシップからそれぞれ一つずつのケア・サポート・グループが関与し、外来スペースを借りて、ボランティア活動をしています。そのボランティア活動の様子を紹介します。

病院の外来待合室では日々50 人以上の陽性者が診療を受けています。ボランティアスタッフとしてのサポート・グループメンバーは診療をスムーズに進行させるための様々な手伝いを行います。この外来では患者が診察に来るとカルテを本人に渡します。そして待合時間にカルテを本人が閲覧できるようになっています。そこで、カルテの配布や患者の診察室への誘導、子連れの患者の子守りや待合時間の話し相手や荷物番など様々なできることを行って患者が安心した気持ちで診察を待ち診療を受けられるよう心がけています。

患者が不安に思わないように、自分たち自身もHIV 陽性でありサポート・グループメンバーであることを名乗ります。カルテの見方などわからないという患者も多くいるので、そばに座って、検査結果のデータの見方や医師や看護婦への質問の仕方をアドバイスしたりしています。その振る舞いは自分自身の患者としての体験からくる気づかいに満ちています。

それから、重要な活動としては待合スペースを活用したワークショップの開催です。

このワークショップは TAC によるトリートメント・リテラシーの研修を受けた、スプリングスとブラックパンのサポート・グループリーダーが担当。毎回テーマを決めて、例えば、ウイルスとは何か、HIV 感染とエイズ発症との違いについて、日和見感染について、これからのセックスライフをどのようにおくるべきか、食生活はどのような点に注意すべきかなど様々な内容を、患者と会話をかわしながら行ってゆきます。また、ワークショップのときには、必ず「エイズは死ぬ病ではないこと、あなたたちは必ずファーイースト病院へ紹介されて ARV 治療を必要になったら受けられる。この外来を継続することで日和見感染を予防・治療してゆくことができる。スタッフを信頼してゆくように。」という大切な勇気づけのためのメッセージを伝えています。治療リテラシーの研修を受けた TAC メンバーとしてのこの活動は、病院へのボランティア登録だけではできず、TAC からの依頼を病院が受け入れて実施されていることになっています。

だいたい１時間弱のワークショップが終わると、個別に希望する患者の相談にのってゆきます。そして、相談にのった事例に応じて病院職員へ紹介したり自分たちのサポート・グループで支えたり、次回の相談を約束したりと臨機応変な対応をしています。

非常に有意義な活動を行っていると思いますが、この活動に対して医療現場の外来スタッフ一人一人へ質問し、別に機会を設けて管理責任者である病院長や婦長にインタビューしたことがあります。外来スタッフは彼らの頑張りに非常に好意的な意見を持っています。陽性とわかった人々にとって彼らの生き生きと活動する姿は希望になるだろうとも言っていました。

一方の病院長たちは、複雑な心境である様子です。彼らの活動を受け入れている自分たちの病院としての姿勢に誇りを持つと同時に、ARV 治療の指定医療機関候補にあがらないことで抱える問題も口にしています。その中で、特にワークショップ活動は TAC が全国の多くの医療機関に治療リテラシーの研修を受けたメンバーを送り込み患者の権利意識を高めるアドボカシー活動の一環として重視している活動です。医療機関側としては、アドボカシー運動によって患者に必要以上に医療内容に対して発言される事態になることを恐れているのでしょう。また、サポート・グループには、専門職種である医療者と対等あるいは患者側にとって上回った存在にはなってほしくないといったニュアンスの言葉もききました。ARV 治療を実施できていない自分たち医療者に対しての TAC を中心とした患者団体の活動も気にしていました。いずれにしても「自分たち医療

者もベストを尽くしている。予算の中でできるベストの診療行為を行っていることを理解してほしい」との話でした。

実際にこの医療機関では、HIV 外来でのサポート・グループによるワークショップとは別に病院主催で、感染者を中心としたワークショップを定期的に開催しています。ワークショップでの講師は看護婦やカウンセラー、ソーシャル・ワーカーなど。感染が判明した初期に地域のクリニックがこのワークショップへ感染者を紹介するので、本人の意思さえあれば早い段階で多くのことを学ぶことができます。社会援助給付金など社会保障についても、しっかりと情報提供。サポート・グループへの紹介も行っています。

ですので、スプリングス・ブラックパン・ツァカネの３地域では公的な医療サービスを利用する流れの中で主体的に HIV について受け入れ学ぶこと、社会保障を受けることが可能です。フォロソン病院が ARV 診療を行えるようになればより陽性者にとっての医療の質は向上するでしょう。

しかし、たとえ公的なサービスが整っていたとしても、感染の事実に困惑したまま積極的な相談活動ができない患者もいるものです。そして誰にも感染の事実を打ち明けられないままに免疫が落ちてしまったような受身的な孤独な患者が、フォロソン病院の外来待合室で、今度は専門職ではなく陽性者自身の手によるワークショップやボランティア活動を目にした場合の意義は大きいのではないでしょうか。

各々のサポート・グループはグループとしての活動は他のグループと比較しても弱体なのですが、医療機関と密接な関係を一部のメンバーが保っている点で、メンバー全体の受ける利益は大きいと思われます。また地域住民には大きな貢献をし、専門職種への良い刺激にもなっている事例です。

5. 日本から南アに帰国する場合：何が必要か

（１）HIV 陽性者の南アへの帰国について

第１部にも書いたように（第１部２（３）参照）、南アから日本に来る人は毎年 4-5000 人前後で推移しており、その中で移住労働者が占める割合は多くありません。しかし、本国での HIV 感染率が相当程度に高く、実際に、HIV 感染が日本で分かり南アに帰国した人のケースも、すでに若干、存在しています。上述のように、南アは HIV 治療については、そうとう、大きな規模で実施されており、社会保障制度もありますので、努力如何によって、HIV 治療にアクセスすることも不可能ではありません。しかし、南アの社会は複雑であり、様々な問題があることから、帰国して HIV 治療にスムーズにアクセスするためには、日本での準備、および帰国後の努力が非常に重要です。以下、まず一つのケースを紹介した上で、南アへの帰国が必要なケースの場合に何が必要かをまとめたいと思います。

（２）一つのケース

A さん（仮名）は南アの地方都市 X 市の出身で、語学教師として来日し、ビザを持って地方の町で就労していましたが、体調が悪くなったので地元の病院にかかったところ、HIV 感染が判明しました。その後、日和見感染症の状態が悪く、衰弱もしたため、拠点病院に入院。CD4 も相当低い状態でした。

拠点病院では、本国でどのような治療薬にアクセスできるかが不明だったことなどから、ARV 治療は開始せず、日和見感染症の治療を重点的に行いました。この病院での治療に、A さんは非常に満足していました。日和見感染症の治療がほぼ終わったところで、本人に帰国の意思を聞いたところ、帰国を希望したため、医師が、帰国後に行く病院の医師宛に、CD4 値や日和見感染症の既往などを記した紹介状を作成し本人に交付。

一方、A さんはインターネットで ARV 治療を行っている南アの病院を探し、X 市から車で３時間

ほどのところにある大都市であるZ市のいくつかの病院で ARV 治療が行われていることをつきとめました。

拠点病院は、アフリカの HIV/AIDS 問題に関わっている NGO に連絡をとり、その NGO のスタッフが南アの治療状況およびケア・サポート・グループについて調査、Z 市で、当該 NGO と関係のあるケア・サポート・グループのスタッフなどを A さんに紹介しました。

日本から南アへは飛行機で１回の乗り継ぎがあり、全体で 20 時間程度かかります。長旅であることから、病院は、A さんに、帰国したら電話で連絡するように伝えました。

A さんは帰国し、まず Z 市に腰を落ち着け、ケア・サポート・グループのメンバーに連絡してカウンセリングを受けました。その後、A さんは自分で調べた病院に行き、診察を受けました。A さんの場合、運の良いことに、病院ですぐに ARV へのアクセスを得ることができ、体調も回復しました。

A さんの直面している問題は、とくに自分の故郷である X 市における差別・スティグマの強さ、および、南アフリカでは、自分の希望にあった仕事をなかなか得ることができないことです。A さんは差別を強く恐れ、周囲の人に自分の HIV 感染を伝えることがなかなかできませんでした。また、仕事がなかったことから、結局、体調回復と共に A さんはふたたび海外への渡航を決意。数ヶ月後、A さんは Y 国へと出国。Y 国で治療を継続しながら働いています。

（３）検討すべきこと

上記の例は、南アでの ARV 治療については運良く短期間でスムーズにアクセスできたものの、HIV 陽性者を取り巻く状況の深刻さ、とりわけ、差別・スティグマの強さや就労機会の少なさによって、南アに腰を落ち着けて治療に専念することができなかったという事例です。

こうしたこともあるので、本人をサポートする医療関係者・NGO 関係者においては、本人の意思を最も中心に置きながら、様々なオプションを検討していく必要があります。帰国だけがオプションではありません。安定的な在留権があるなら、日本で治療を継続して受けていくことも、検討すべきオプションです。

南ア出身の HIV 陽性者の日本でのケア・サポートについては、以下のようなことを検討していく必要があると思われます。

a) 在留・帰国の判断について

- 本人の意思を最も中心に置く。ただし、本人が十分な情報にアクセスした上で判断できるようにする必要がある。
- 本人が有効なビザを持っていて、多少の努力により、在留権を安定的に確保できるというような場合には、帰国を促す必要はない。
- 本人が有効なビザを持っていなかったり、ビザを更新できないことが確実で、日本で HIV 治療にアクセスすることが困難な場合には、帰国が主要な選択肢となる。
- また、本人に安定した帰国先（実家、兄弟姉妹や親戚の家、他）があるかどうか、また、帰国した際の生活面での展望がどの程度あるかを把握する必要がある。

b) 帰国について：帰国先でスムーズに治療にアクセスするために

- 前提として、HIV/AIDS への理解、日和見感染症への理解などを促進するために、十分な情報を提供する必要がある。南アは一般的に英語が通じるため、英語での情報提供が望まれる。
- 本人が南アのどの州のどの地域に帰国するのかを確認し、当該地域の HIV 治療およびケア・サポートに関する情報を集める必要がある。TAC など、全国に事務所を持つ組織に問い合わせるなどの方法がある。
- また、本人の現在の、また現地での経済状況を確認し、どの程度の治療のオプションがあるかを検討する必要がある。みるべき資産がない場合には、公的医療にアクセスするというオプションしかない。何らかの資産がある場合には、高度な医療を提供できる民間医療機関がオプションに入ってく

る。

- 本人と相談し、その意思を確認した上で、なるべく、当地の NGO や医療機関などに事前に連絡し、紹介することが望ましい。
- また、帰国後の治療や社会援助給付制度へのアクセスについては、医療機関や行政機関とのコンタクトだけでは、支援が十分行われない可能性があるので、本人の意思を確認した上で、帰国前の段階で、帰国後に本人をサポートする当事者団体、ケア・サポート・グループとの橋渡しをしっかりしておくことが望ましい。
- 本人との信頼関係作りに努力することが非常に重要である。

c)医療に関して

- 現地での公的医療における ARV のオプションは

	一般名	ブランド薬商品名
第1処方	スタブジン d4T ラミブジン 3TC ネビラピン NVP	Zerit(ゼリット) Epivir(エピビル) Viramune(ビラミューン)
	スタブジン d4T ラミブジン 3TC エファビレンツ EFZ	Zerit(ゼリット) Epivir(エピビル) Stokrin(ストックリン)
第２処方	ジドブジン AZT ジダノシン ddI リトナビル＋ロピナビル RTV+LPV	Retrovir（レトロビル） Vitex（ヴァイテックス） Kaletra（カレトラ）

- 現地では、日和見感染症の治療が十分にできない可能性があることを念頭に置いて、日和見感染症に対処する必要がある。

d)帰国に際して

- 帰国に当たっては､HIV 感染の事実や CD4 値、ウイルス量、日和見感染症の既往、日本での処置などを記入した紹介状を作成し、交付する。
- 南アフリカまでの旅程は極めて長い（少なくとも１回の乗り換え､20 時間程度の飛行時間）ので、長時間の飛行に耐えうるかどうか、よく検討する必要がある。検討して、帰国できることが確実であれば、航空会社や空港で示すことができるように、飛行に耐えうるということを証明する書類を交付することが望ましい。
- 帰国後にも本人と連絡を取ってフォローアップできるように、本人の帰国先・連絡先（住所や、本人が頼る家族・親戚・友人の携帯電話など）などを教えてもらっておくとよい。また、無事に到着したかを知るために、帰国した段階で本人から連絡してもらうようにするとよい。

これまで見てきたように、南アの状況は厳しいですが、一方で、公的医療による大規模な HIV 治療プログラムがすでに動いており、また、社会保障制度もあります。本人と、ケアにあたる医療関係者や NGO 関係者が協力して努力することで、状況を良い方に変えていくことができるはずです。

ナイジェリア連邦共和国
Federal Republic of Nigeria

1. 国のようす

（1） 基礎的統計[6]

- 面積　923,768 平方キロメートル（うち海洋面積 13,000 平方キロメートル）
- 人口　1 億 2877 万人（2005 年７月推定）
- 民族　ハウサ･フラニ人 29%、ヨルバ人 21%、イボ人 18%、イジョ人 10%、カヌリ人４%、イビビオ人 3.5%、ティブ人 2.5%
- 言語　英語、ハウサ語、ヨルバ語、イボ語、等
- 国内総生産（GDP）　1321 億ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 経済成長率　5.2%（2005 年推定）
- 一人あたり国内総生産　1000 ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 国連開発計画（UNDP）人間開発指数：0.448*
- 人間開発指数ランク：159 位*
- 家計収入分配に関するジニ係数　43.7（2003 年推定）*
- 乳児死亡率　98.8/1000 人
- 誕生時平均余命　46.74 歳
- 識字率　68%（2003 年推定）
- 大統領　オルシェグン・オバサンジョ大統領（Olsegun Obasanjo）

（2）国家の地域的概要

ナイジェリアは、西アフリカ・ギニア湾の最奥に位置し、はるかギニアを水源として流れてきたナイジャー川（ニジェール川）とカメルーンを水源とするベヌエ川が合流し、ギニア湾に注ぐ所に位置しています。ナイジェリアは、まず大きく分けて熱帯雨林気候の南部と、サバナ気候・ステップ気候の北部に大別されます。

ナイジェリアは現在の推定人口約１億４千万人、アフリカ最大の人口を抱える国家であり、国民を構成する民族の数は 500 とも 800 とも言われます。主要民族は、主に北部に在住し、イスラームを信仰するハウサ人およびフラニ人（ハウサ人はニジェールやベナン北部など他国にもまたがって在住しています。フラニ人は、西アフリカのサヘル地域一帯に在住する遊牧民です）、南西部に居住し、キリスト教、イスラームおよび伝統的な宗教・習俗を信ずるヨルバ人、南東部に居住し、主にキリスト教を信仰するイボ人の３つであり、ナイジャー・デルタ地帯や、北部と南部の境界を占める地域には、数多くの少数民族が居住しています。

ハウサ・フラニ人は軍事力に秀で、ヨルバ人は文学・演劇・音楽などの芸術に強く、イボ人は強力な商業・経済力を有すると言われ、とくにハウサ人とイボ人はナイジェリア現代史においてライバル関係をなしてきました。

行政単位としては、ナイジェリアは州の力の強い連邦国家を形成しており、６つの地理的領域（Geographical Area）に合計 37 州が存在します。また、国の中央に位置する首都アブジャは連邦政府の直轄地（アブジャ連邦首都領域　Abuja Federal Capital Territory: FCT）となっています。この 37 州と連邦首都領域はさらに、合計 774 の地方政府領域（Local Government Area）に分かれています。６つの地理的領域と民族の関係ですが、以下のようになっています。

- 北西部 North Western：ハウサ・フラニ人優勢
- 北東部 North Eastern：ハウサ・フラニ人優勢
- 北中部 North Central: 少数民族の混住地域（イスラーム、キリスト教混在）
- 南西部 South Western: ヨルバ人優勢
- 南東部 South Eastern: イボ人優勢
- 深南部 South South: ナイジャー・デルタ少数民族混住地域

[6] 無印は CIA The World Factbook、*は UNDP によるデータ。

（３）国家概要および最近の政治情勢

ナイジェリアはサハラ以南アフリカで最大、世界でも有数の産油国で、現在、石油輸出額では世界第７位を占めています。英領時代においては、この地域の最大の輸出産品はパーム油等の農産物でしたが、1950 年代以降、石油の開発が進み、現在では石油が輸出額の 80%を占めています。

1960 年の独立以降、ナイジェリアはハウサ・フラニ、ヨルバ、イボという全く民族性の異なった３つの民族が厳しく鼎立する現代史をたどってきました。1964 年の軍事クーデターおよびその後の北部におけるイボ人虐殺等を経緯として、1967 年、イボ人はチュクエメカ・オジュク中佐を指導者としてビアフラ共和国を建国しましたが、連邦政府との苛酷な戦争の末に敗北、100 万人以上の死者を出しました。

その後、北部ハウサ人等を中心とする軍事政権が長期間にわたってナイジェリア全土を支配。80 年代に一度民政移管しましたが継続せず、80 年代後半には再び北部人中心の軍事政権による支配が復活しました。93 年には、悪名高いサニ・アバチャ将軍が政権を掌握、凶暴な軍事独裁政治を行って一時は国際社会から孤立しました。しかし、98 年、アバチャ将軍は原因不明の急死をとげ、その後 99 年、民政移管、大統領選挙により、かつて 79 年に軍人として政権をとり民政移管を実現した人民民主党（PDP）のオルシェグン・オバサンジョ氏が大統領に就任、ナイジェリアは国際的孤立から脱却しました。

オバサンジョ政権は、複数政党制に基づく民主主義の定着や腐敗の根絶、石油を中心とする豊富な天然資源の活用による経済成長を目指しており、オバサンジョ大統領はサハラ以南アフリカ最大の人口大国、サハラ以南アフリカ２位の経済大国の指導者としてＧ８サミット等にも出席しています。近年は石油収入に加え、欧米から多くの経済援助も流入し、経済は徐々に成長軌道に乗り始めています。

一方で、一部の買弁支配階級と圧倒的多数の貧困層に二極化した社会、石油資源の配分の不平等、支配層・官僚層における圧倒的な腐敗、民族・宗教による社会的分断などへの対策は十分でなく、ナイジェリアの前途は多難であると言えます。近年では経済成長による中産階級の形成、および 70 年代以降の反軍政運動以来の旺盛な社会批判精神に根ざして市民社会の成長が著しく、ナイジェリアが抱える多くの問題の解決に向けて市民社会が一定の役割を果たしていくものと考えられます。

2. HIV/AIDS の状況

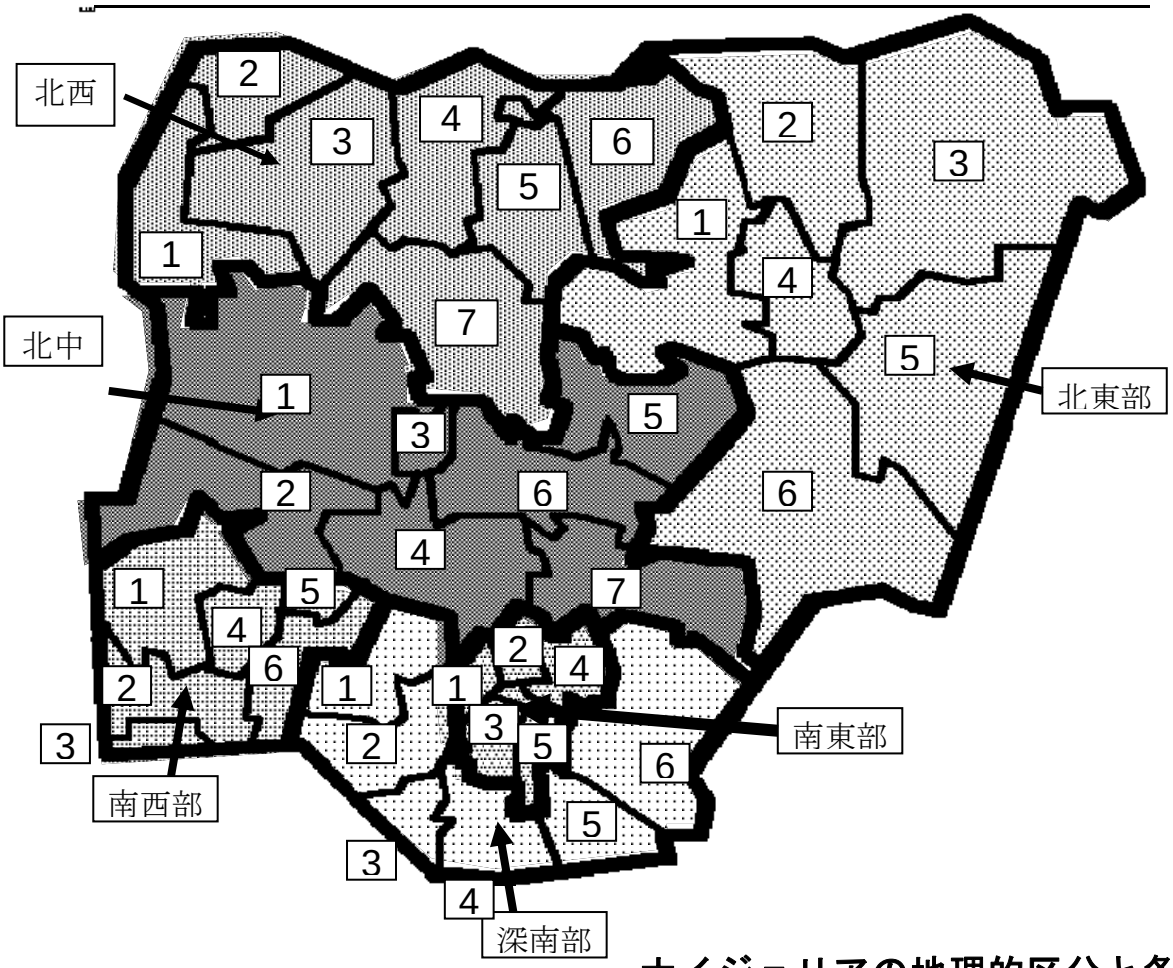
(1)HIV/AIDS の全国的動向

ナイジェリアは南アフリカ共和国、インドに続いて世界第３位の HIV 陽性者人口を抱えています。

UNAIDS/WHO の「HIV/AIDS・性感染に関する疫学的ファクト・シート」(Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections) 2004 年アップデート版によると、2005 年現在のナイジェリアの HIV に関する基本的なデータは以下のようになっています。

項目	数値（最小・最大見積）
成人感染率推定（15-49 歳）	3.9%（2.3-5.6）
感染者数推定（大人・子ども合計）	290 万人（170-420 万人）
子どもの感染者数推定	24 万人（8.1-55 万人）
女性の感染者数推定	160 万人（81-240 万人）
エイズによる死亡者数推定	22 万人（12-33 万人）
エイズによる孤児（片親または両親を失った 17 歳以下の児童）	93 万人（51-130 万人）

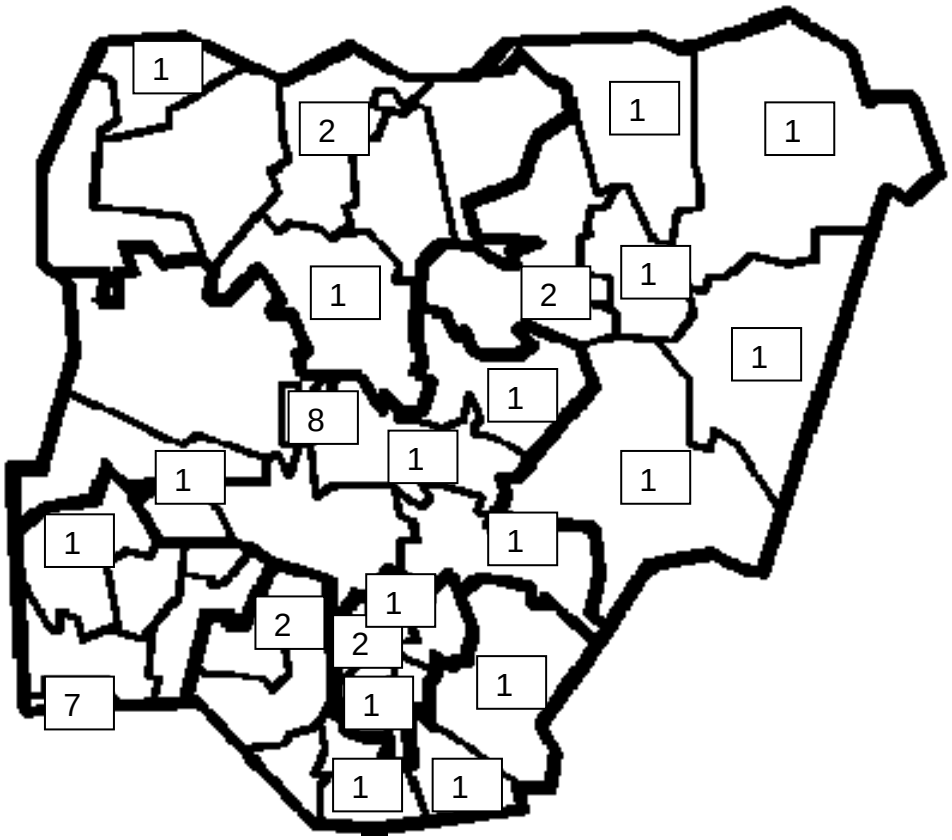
サハラ以南アフリカ全体の感染率は８％であり、ナイジェリアの感染率はそれよりも低くなっています。しかし、ナイジェリアは人口大国であり、特に南部を中心に人口密度が高いということもあり、対策が少し遅れるだけで、大きな影響が生じます。とくに、ナイジェリアは貧富の差が激しく、人口の流動なども多いだけに、集中的な対策がとられなければ、今後 HIV/AIDS 問題はさらに深刻になる可能性が高いと言えます。



ナイジェリアの地理的区分と各州の成人 HIV 感染率（2005 年）
（ナイジェリア全国エイズ行動委員会＝NACA のデータによる）

地理的領域	番号１	番号２	番号３	番号４	番号５	番号６	番号７
北西部	ケビ 2.5%	ソコト 4.5%	ザンファラ 3.3%	カツィナ 2.8%	カノ 4.1%	ジガワ 2.0%	カドゥナ 6.0%
北東部	バウチ 4.8%	ヨベ 3.8%	ボルノ 3.2%	ゴンベ 6.8%	アダマワ 7.6%	タラバ 6.0%	--
北中部	ナイジャー 7.0%	クワラ 2.7%	ア ブ ジ ャ 8.4%	コギ 5.7%	プラトー 6.3%	ナサラワ 6.5%	ベヌエ 9.3%
南西部	オヨ 3.9%	オグン 1.5%	ラゴス 4.7%	オスン 1.2%	エキティ 2.0%	オンド 2.3%	--
南東部	アナンブラ 3.8%	エヌグ 4.9%	イモ 3.1%	エボンイ 4.5%	アビア 3.7%	--	--
深南部	エド 4.3%	デルタ 5.0%	バイェルサ 4.0%	リヴァーズ 6.6%	アクワ・イボム 7.2%	クロス・リヴァー12.0%	--

ナイジェリアにおける ARV 供給施設の分布（連邦、州、ドナー含む）



ナイジェリアで安価に ARV を供給している医療施設
（41 か所、2005 年 12 月現在）

Nigeria Institute of Medical Research, Lagos	Abu Teaching Hospital, Zaria, Kaduna	Federal Medical Center, Owerri, Imo	Bauchi State Specialist Hospital, Bauchi
Creek Hospital, Lagos	University of Maiduguri Teaching Hospital, Borno	General Hospital Lagos Island, Lagos	Gede Foundation, Abuja
Lagos University Teaching Hospital, Lagos	Nnamdi Azikiwe Teaching Hospital, Anambra	Massey Children Hospital, Lagos	Federal Medical Centre, Nassarawa
Nigeria Institute of Pharmaceutical Research and Development, Abuja	University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu	Mainland Hospital, Lagos	Federal Medical Centre, Yola, Adamawa
National Hospital, Abuja	University of Benin Teaching Hospital, Edo	St. Charles Borromeo Hospital, Anambra	Government House Clinic, Talaba
Directorate of State Service Clinic, Abuja	University of Ilorin Teaching Hospital, Kwara	General Hospital, Calabar, Cross River	University College Hospital, Oyo
National Intelligence Agency Clinic, Abuja	University of Port Harcourt Teaching Hospital, Sokoto	Central Hospital Benin ,Edo	Federal Medical Center, Benue
Gwagwulada Specialist Hospital, Abuja	Aminu Kano Teaching Hospital, Kano	Wuse General Hospital, Abuja	Federal Medical Centre, Azare, Bauchi
Central Bank Clinic, Abuja	Federal Medical Center, Akwa-Ibom	Murtala Mohammed Special Hospital Kano	Federal Medical Centre Nguru, Yobe
Jos University Teaching Hospital, Plateau	Federal Medical Center, Gombe		

(２)HIV/AIDS の地域的動向

ナイジェリアは、地域によって感染動向に大きな違いがあります。ナイジェリア国家エイズ行動委員会（National Action Committee on AIDS: NACA）が 2005 年 12 月にまとめたカントリー・レポートには、2003 年現在の感染率データが示されていますが、それによると、感染率が特に高くなっている地理的領域はナイジャー・デルタ地帯の深南部および北中部です。深南部で特に感染率の高い地域はカメルーンとの国境にあるクロス・リヴァー州（Cross River State）で 12.0%、その西隣のアクワ・イボム州（Akwa Ibom State）が 7.2%、それに続いてデルタ地帯の中核都市ポート・ハーコートを抱えるリヴァーズ州が 6.6%と続きます。

また、北中部については、ベヌエ州（Benue State）が 9.3%、アブジャ連邦首都領域が 8.4%と高くなっています。また、連邦首都領域の東隣のナサラワ州（Nasarawa State）も 6.5%と高くなっています。深南部・北中部で感染率が高いことについては、この地域がビアフラ戦争における連邦軍側の供給基地になり、戦争が終わった後も、これらの地域に物流やセックス・ワークの拠点としての位置づけが残ったからだという説もあります。一方、ベヌエ州に関しては、女性の地位の低さや性・家族編成に関する風俗・習慣の問題を指摘する人もいます。

主にヨルバ人が住む南西部については、最も高いラゴス州で 4.5%と全国平均以下となっており、他地域に比べて HIV 感染の影響は少ないようです。

主にイボ人が住む南東部については、北中部、深南部に比べて HIV 感染率は低いですが、各州とも３%台後半から５%台までとなっており、南西部に比べて HIV 感染率は高いようです。

北東部は、カメルーンと国境を接するアダマワ州の 7.6%を筆頭に、ゴンベ州、タラバ州が感染率６%台で続き、感染率の上昇が見受けられます。一方、北西部は、アブジャ連邦首都領域の東隣のカドゥナ州で感染率が 6.0%と高く、また、北部の拠点都市であるカノのあるカノ州、イスラーム宗教都市ソコトを有するソコト州で感染率が４%を越えており、こちらも感染率の上昇が見受けられます。

これらに鑑みれば、ナイジェリアの HIV 感染率は、数年前までは感染率の高い州は北中部・深南部に集中していたのですが、ここ数年で、全ての地理的領域において感染率の高い州が見られる状況になってきており、今後の疫学的動向に注意が必要です。

3. 日本への移住労働者の動向

在日のナイジェリアの人々からの聞き取りに基づいて推測するに、日本に居住するナイジェリア人はおよそ 6000～8000 人と推定されます。おおよその見当で言えば、このうちの約５割程度が南東部出身のイボ人および深南部エド州出身のエド人、３割程度が南西部出身のヨルバ人、残りがその他の少数民族であると推定されます。北部のハウサ人・フラニ人に関しては、留学生や大使館関係者等以外はあまり日本には来ていないものと思われます。

ヨルバ人については、ナイジェリアの最大都市で 1,200 万人以上の人口を抱えるラゴスや、オヨ州の州都イバダン周辺などから日本に来る人が多いようです。また、イボ人については、南東部の最大都市エヌグやその周辺のエヌグ州などの出身者が多く見受けられるように思われます。

日本に来るナイジェリアの人々の多くは男性で、女性と男性の比率は１対５～10 程度と推測されています。彼・彼女らの日本での生活は多様性に富んでいます。中には、店舗経営など事業に成功したり、日本人と結婚して成功をかちえる人々もいます。そうでない場合は、成功者の支援を受けて日払いの仕事についたり、長期の失業に陥る人々もいます。

ヨルバ人もイボ人、エド人も、それぞれ、自民族の福利厚生のための互助組織・親睦組織を持っています。東京周辺では、イボ人・エド人が南東部の出身州別の組織（アナンブラ州協会、イモ州協会等）を作り、ヨルバ人は「在日ヨルバ人協会」などを組織しています。これら各州・民族別の組織は、大使館と連携する「ナイジェリア出身者連合」（Nigeria Union）にまとめられています。また、ヨルバ人・イボ人・エド人向けのバー、レストランなども、東京や埼玉などに点在しており、自民族同士で集まったり情報交換をしたりするための拠点をなしています。

4. HIV/AIDS への取り組み概要

（1）政府の政策

ア）前史

多くのアフリカ諸国では、80 年代後半、WHO との連携で政府部内に HIV/AIDS 対策の委員会が設立されました。ナイジェリアにおいても、1987 年に「全国エイズに関する専門家諮問委員会」（National Expert Advisory Committee on AIDS: NEACA）が設立され、88 年に「全国エイズ対策プログラム」（National AIDS Control Program）に改組され保健省の組織となりました。しかし、他のアフリカ諸国同様、この組織はエイズ対策において十分な役割を果たすことなく、90 年代の軍事独裁時代へと突入します。

軍事政権は、それ自体としては HIV/AIDS 対策の必要性を認識していました。その認識を強化したのが、97 年には、ナイジェリアの国民的英雄といわれたアフロ・ビートのミュージシャン、フェラ・クティ（Fela Kuti）の死です。当時、保健相を務めていた医学者でフェラ・クティの兄、オリコイェ・クティ Olikoye Ransam-Kuti が、フェラ・クティの死の原因が AIDS であったことを公表し、軍事政権はそのインパクトをうけて、同年、同国で最初の「HIV/AIDS および性感染症に関する国家政策」（First National Policy on HIV/AIDS and STI）が発表されました。しかし、軍事独裁政権下で援助も凍結されていた当時のナイジェリアでは、せっかくの国家政策も絵に描いた餅となりました。同国で有効な HIV/AIDS 政策がとられるようになったのは、99 年の民政移管以降のことです。

イ）民政移管後の政府部内のエイズ対策組織体制

ナイジェリアは、99 年の民政移管によるオバサンジョ大統領就任と複数政党制民主主義体制への復帰により、最低限、海外からの援助を受ける条件が整いました。

HIV/AIDS 対策の組織体制については、2000 年に、連邦の HIV/AIDS 対策の調整機関として「全国エイズ行動委員会」（National Action Committee on AIDS:NACA）が設置されるとともに、各州に「州エイズ行動委員会」（State Action Committee on AIDS: SACA）、その下に置かれる地方政府に「地方政府エイズ行動委員会」（Local Committee on AIDS: LACA）が設置されて、連邦から地方行政レベルまでの調整機関が構築されました。NACA は大統領エイズ評議会（Presidential AIDS Council:PAC）のもとに置かれることになりました。

一方、保健行政については、連邦保健省に設置された「全国エイズ・性感染症対策プログラム」（NASCP）および州・地方政府が保健行政関連の HIV/AIDS 対策を担うことになっています。

ウ）民政移管後の国家のエイズ関連政策

1997 年に制定された「HIV/AIDS および性感染症に関する国家政策」には限界があり、民政移管後のナイジェリア連邦政府は 2001 年、3 年間の「HIV/AIDS 緊急行動計画」（HIV/AIDS Emergency Action Plan: HEAP）を制定して、分野統合的（multi-sectoral）なエイズ対策を実施する方針を確立し、連邦政府がその任にあたることになりました。HEAP では、ナイジェリアにおける HIV/AIDS の拡大を押さえ、影響力を低減させることを上位目標とし、そのために HIV 感染の防止、人権・法・倫理の確立と差別の禁止、HIV 陽性者のケア・サポートの強化、社会文化的障壁を取り除くための効果的コミュニケーション、効率的なプログラムの形成と実施・管理を重点とした戦略をとることになりました。

2004 年、HEAP の期限切れに伴い、新たな国家政策作りが必要とされました。およそ 1 年間の討議を経て、結果として、2005 年から 2009 年までの 5 年間をカバーする新しい政策方針として「HIV/AIDS 全国行動戦略枠組み：2005-2009」（HIV/AIDS National Strategic Framework for Action 2005-2009）が制定されました。この方針は、「2009 年までに HIV/AIDS の感染率を少なくとも 25%低減し、有効な予防・ケア・治療・サポートを提供することによって、女性、子ども、他の脆弱な人口集団、および一般人口における HIV/AIDS の影響力を低減する」ことを目標に掲げたものであり、この実現のために政府、民間セクター、NGO セクター、開発パートナー（＝ドナー機関を指す）が「ナイジェリア HIV/AIDS パートナーシップ」を形成して、連携を組んで政策実現を目指すこ

とになっています。このパートナーシップは、ウガンダでとられているパートナーシップの組織化をモデルにしたものです。

エ）まとめ

このように、99 年の民政移管後のナイジェリアでは、90 年代に後半に確立・定式化されたいわゆる分野統合的（Multi-Sectoral）な HIV/AIDS 対策モデルに基づいた行政組織、国家政策、セクター間連携が導入されました。

しかし、ナイジェリアという巨大で複雑な国において、こうした典型的なモデルを導入して、それが意図したとおりに動くかどうかは大きな疑問です。実際、ナイジェリアにおける HIV/AIDS 政策の多くは、連邦政府を軸とした政府組織によってというよりは、ドナー機関や国際 NGO、コミュニティ組織などによって担われているのが実情であり、行政セクターの強化はつねに大きな課題として残っています。

（２）援助の動向

ア）民主化によって主要援助対象国となったナイジェリア

99 年までの軍事独裁政権時代には、ドナー国や多国間援助機関は政府に直接援助を行うことを避け、保健関係の援助についても、市民社会への直接のインプットを中心としていました。例えば米国は、BASICS（児童の生存の制度化のための基礎的サポート：Basic Support for Institutionalizing Child Survival）のプログラムの下でナイジェリアの民間保健セクターとコミュニティ組織の連携作りを軸に、保健関係の援助を展開していました。

99 年の民主化により、ナイジェリアは一気に巨額の援助対象国に躍り出ました。その理由として挙げられるのは、ナイジェリアが資源大国であり、アフリカ最大の人口大国でもあるため、資源の安定的確保やマーケットとしての潜在力があること、逆に、この国の安定化や開発に失敗すれば、国際社会が巨大なリスクを背負うことになりかねないことです。

HIV/AIDS に関しては、世界第３位の HIV 陽性者人口を抱える国であり、また、西アフリカの中心国家でもある以上、この国で HIV/AIDS が押さえ込めなければ、南アフリカ共和国がそうなったように西アフリカの HIV 感染拡大のセンターとなりかねないという観点から、民主化以降、大量の HIV/AIDS 関係支援が注ぎ込まれています。

イ）ドナー間調整の困難さ

問題は、これらの巨額な援助が、ともすれば個々バラバラに行われ、マネジメントもサービス内容も統一されないこと、また、政府セクターの強化を伴わず、結果として、援助案件が終了した後の持続性に大きな問題を残しかねないことです。こうした傾向に対処するため、ドナーコーディネーションの枠組みとして、まずナイジェリア・HIV/AIDS ドナー調整グループ（Donor Coordination Group on HIV/AIDS in Nigeria: DCG）が 2004 年４月に設けられ、主要ドナー国の援助機関が HIV/AIDS 援助に関する調整を行うことになりました。また、2005 年には、国連合同エイズ計画（UNAIDS）が提唱する「３つの統一」（Three Ones）に基づいたドナー間の調整・連携について検討する「地球規模タスク・チーム」（Global Task Team: GTT）の答申が出されました。ナイジェリアでは、これに基づいて各国援助機関や国際機関を含むドナーがどのように調整して統一性の取れたエイズ対策を進めていくかについての協議が、とくに「ナイジェリア HIV/AIDS パートナーシップ」の枠組みの中で続けられています。ただ、ナイジェリア連邦政府のリーダーシップの不足や、各ドナーのプログラムのサービス内容の違いなどから、現在でもドナー間調整はうまく行っているとは言えない状況にあります。

ウ）主要ドナーと援助プログラム

ナイジェリアの HIV/AIDS 対策の主要ドナーは、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR：2004-5 年の２年間で 8100 万ドル）、世界銀行多国間 HIV/AIDS プログラム（MAP：2004-5 年で 9300 万ドル）、英国国際開発庁（DfID：2002-2008 年の７年間で１億三千万ドル、世界エイズ・結核・マラリア対策基金

（GFATM: 2004-5 年で 2800 万ドル）、ビル＆メリンダ・ゲイツ財団（2500 万ドル）などです。主要ドナーによって実施されている援助プログラムとしては、例えば以下のようなものがあります。

GHAIN (Global HIV/AIDS Initiative Nigeria)

GHAIN はナイジェリアの HIV/AIDS 治療・ケア・予防等のプロジェクトを総合的に実施するというもので、米国大統領エイズ救済緊急計画の資金（１億 9300 万ドル）によって実施され、実施主体はファミリー・ヘルス・インターナショナル（FHI）、米国赤十字・ナイジェリア赤十字協会、ドイツ結核・ハンセン病救済協会、開発・人口問題活動センター（CEDPA）などの巨大な国際 NGO 連合によって運営されているものです。GHAIN プロジェクトは、2005 年４月から、クロス・リヴァー州のカラバール総合病院、カノ州のカノ感染症病院、ラゴス州のラゴス本土総合病院（Lagos Mainland General Hospital）で無料の抗レトロウイルス薬（ARV）治療の供給を行っているほか、母子感染予防等のプロジェクトを開始しています。一方、予防に関しては、宗教系の団体を動員して、PEPFAR の戦略である「禁欲・貞操」モデルでの予防啓発を実施しています。GHAIN については、今後、無料 ARV 治療サービスの拡大が期待される一方、予防啓発については保守的・倫理的モデルによる悪影響が懸念されます。

APIN（AIDS Prevention Initiative Nigeria）

APIN（ナイジェリア・エイズ予防イニシアティブ）は 2000 年にビル＆メリンダ・ゲイツ財団とハーバード大学公衆衛生大学院の連携プログラムです。APIN は、特定の州（第１期については、ラゴス州、オヨ州、プラトー州）において、ナイジェリアの医療技術者・専門家の人材育成、診断や治療に関わる機材供与などの技術協力的な側面と、ナイジェリアで特に HIV 感染にさらされている人口集団の特定・予防対策を中心においたプログラムで、現在、第２期（Phase 2）の実施段階になっています。

Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (MAP)

「多国間 HIV/AIDS プログラム」（MAP）は世界銀行の HIV/AIDS 対策に向けた資金拠出プログラムで、HIV/AIDS 対策の拡大のために多額の資金を世銀グループの国際開発協会（IDA）が無利子融資として貸し付けるものです。ナイジェリアでは、この資金の一定部分は、HIV/AIDS ファンド（The HIV/AIDS Fund）として、公共セクター以外の部分（＝コミュニティ組織・市民社会）の HIV/AIDS 対策の拡大のための資金として拠出され、ナイジェリア各地の各種の市民社会組織（Civil Society Organization）の活動に供与されました。

（３）市民社会の動向

ナイジェリアは１億三千万人の人口を抱えるサハラ以南アフリカにおいて例外的な人口大国であり、人口 1300 万人を抱えるアフリカ最大の都市ラゴス、800 万人を抱えるイバダンなど巨大都市が点在しています。南東部のイボ人地域も都市的世界を形成していますし、人口密度が比較的少ない北部でも、カノのような古い歴史を持つ大都市が存在しています。また、市民社会の運動は、軍事政権や多国籍企業、植民地主義への痛烈な批判メッセージをアフロビートのリズムに乗せて一世を風靡した国民的ミュージシャン、フェラ・クティなどの影響もあって、伝統的に強力です。

HIV/AIDS に関わる市民社会運動は、90 年代の軍事政権時代に欧米のドナー国が市民社会への直接支援を行ったことによって底上げされ、99 年の民政移管以降、本格的な発展を遂げました。

まず、実施型のローカル NGO は、非効率な国家行政システムを代替する形で、ドナー国・ドナー機関や国際 NGO と連携しながら、HIV/AIDS に関わるサービスを提供しています。

また、HIV 陽性者を中心にアドボカシーNGO のネットワークが作られ、連邦政府に対して、公的医療における ARV 供給の無料化（Free Treatment）を要求したり、連邦・州・地方の各政府の腐敗を監視するなどの取り組みを展開しています。

ナイジェリアで特筆すべきなのは、こうした HIV/AIDS に関わる各種の運動体の活動家たちが、情

報を効果的に共有したり戦略を練ったりするためのインターネットによるネットワーキングがしっかりできていることです。これらの組織については、次章にて触れたいと思います。

結論を述べれば、ナイジェリアの市民社会は巨大であり、その中には多くの問題も存在しますが、総体として極めて厳しい状況にあるナイジェリアのHIV/AIDS 問題の中で、一つの希望を見いだすとすれば、それは非常に活発で有効に機能している市民社会セクターになるだろうと思います。

5. 治療およびケア・サポートの全国的動向

(1)ARV 治療の全国的趨勢

ナイジェリアにおける ARV 治療の枠組みは、大別して、以下の３つになります。

a) 連邦政府による ARV 治療サービス
b) ドナー機関と州政府等の連携による ARV 治療サービス
c) 民間医療機関による ARV 治療サービス

このうち、c)は実費ベースで ARV を供給するもので、その対象となるのは上流階級に限られます。一般のナイジェリア人が利用できるのは、公的医療サービスに含まれる a)、b)のどれかということになります。以下、紹介していきたいと思います。なお、各地方毎の医療情報や医療機関、NGO の紹介などは地域別のコーナーにて取り扱います。

ア）連邦政府による ARV 治療サービス

ナイジェリア連邦政府は、2002 年から、補助金により、一ヶ月一人あたり 1000 ナイラ（約８ドル）で ARV 治療を提供する国家プログラムを開始しました。2005 年 12 月現在、全国 25 施設において、このプログラムにアクセスすることができます（別表１参照）。なお、ナイジェリアの連邦政府の HIV/AIDS 行政に関する調整機関であるナイジェリア・エイズ行動委員会（NACA）のババトゥンデ・オソティメヒン委員長（Babatunde Osotimehin）は、2005 年 12 月に開催されたアフリカ地域エイズ・STI 国際会議（ICASA）の後、連邦政府管轄の ARV 治療施設において 1000 ナイラの受益者負担を撤廃し、無料での ARV 供給を実施すると発表しました。2006 年２月現在、連邦政府管轄の全ての ARV 治療施設で、実際に ARV 治療は無料化されているとの情報が入っています。

昨年まで連邦政府が課していた 1000 ナイラの受益者負担については、まず、ナイジェリアでは１日１ドル以下の絶対的貧困状況で暮らす人々が人口の７割を占めており、一人 1000 ナイラの自己負担でも支払えない人々が HIV 陽性者の大多数を占めるということがあり、市民社会から強く批判されていました。これが撤廃されたのはよい傾向です。

残っている問題としては、この 25 施設のうち７施設が首都アブジャ、３施設が最大都市ラゴスに集中しており、連邦政府による ARV 医療供給施設がない州が合計 20 にのぼります。首都アブジャは人口百万人弱で、ナイジェリアでは決して大都市ではありません。この都市に施設が集中している理由は、この都市に国会議員や政府高官、政府関係者等が集中していることによると思われます。ARV 供給施設が遠ければ、交通費もかさみ、貧しい人々にとって、治療へのアクセスはますます困難になります。そのため、ナイジェリアの市民社会は、ナイジェリアの 36 州全州において ARV 治療施設を設置すべきだと要求しています。また、治療が無料化されても、免疫量（CD4）検査など、実際に治療が有効に機能しているかどうかを検証する検査については、無料化がなされておらず、一定の費用がかかります。この費用により、治療をあきらめてしまう人も多いため、これを無料化していくことも、市民社会が課題として要求していることです。

イ）ドナー機関と州政府等の連携による ARV 治療サービス

連邦政府以外に、州政府や公立大学病院、もしくは民間病院等とドナー国の援助機関等が連携して ARV 治療サービスを行っているケースがあります。

このうち、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）から資金が提供されている「ナイジェリ

ア地球規模 HIV/AIDS イニシアティブ」（Global HIV/AIDS Initiative Nigeria: GHAIN）では、ARV 治療が無料で供給されています。GHAIN 等、PEPFAR の資金で治療プロジェクトを実施しているのは、現在、クロス・リヴァー州、ラゴス州、カノ州含め６州、９つの病院です。

また、国境なき医師団（Medecins sans Frontieres）オランダも、ラゴス州政府と連携して ARV の無料供給を実施しています。

一方、こうしたドナーが十分に入っていない州においても、州政府によっては、ARV 供給プログラムを実施している場合もあります。しかし、そういう場合は、州政府にも十分な資金があるわけではないところ、なんとかやりくりしているということになり、結果として、HIV 陽性者が、全額か、かなりの割合を自己負担しなければならない状況です。これらの詳細については、以下、地方別の情報コーナーにおいて整理して示します。

（２）全国規模の市民社会組織

上述のように、ナイジェリアは、アフリカ諸国の中でも活発な HIV/AIDS に関する市民社会が存在し、その全国的なネットワーキングもある程度機能的になされています。ここでは、全国規模のネットワーク組織を紹介します。

Civil Society on HIV/AIDS in Nigeria (CISHAN): ナイジェリア・HIV/AIDS に関わる市民社会ネットワーク

a)住所

CSO House, No.4 Jaba Close, Off Arthur Unegbe Street, Area 11, Garki, Abuja, Nigeria

b)支部・加盟団体

現在、ナイジェリア全土 36 州とアブジャ連邦首都領域から合計 1380 の団体が CISHAN に加盟している。また、CISHAN は全州にコンタクト・パーソンを配置している。

c)沿革

CISHAN はもともと「ナイジェリア・HIV/AIDS 市民社会諮問グループ」（Civil Society Consultation Group on HIV/AIDS in Nigeria: CiSGHAN）として 2000 年に結成され、ナイジェリアの HIV/AIDS に関わる市民社会のネットワークとして、アドボカシーやキャパシティ・ビルディングを実施した。当時の主要なドナーはアクション・エイド・ナイジェリア、ソサエティ・フォー・ファミリー・ヘルス（SFH）、英国国際開発省（DfID）だった。これが改組・発展して CISHAN となった。

d)活動内容

- ナイジェリアの HIV/AIDS に関わる NGO のネットワーキングとキャパシティ・ビルディング。HIV/AIDS の政策やアドボカシーに関わるトレーニング・ワークショップ等を、技術協力提供機関と連携して実施する。また、予防啓発・孤児支援等のプロジェクト実施に関するトレーニングやコンサルタントも行う。
- ナイジェリアの HIV/AIDS 政策における市民社会の参加・プレゼンスの確保。国家エイズ行動委員会（NACA）、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）の国別調整メカニズム、その他のドナー調整機関に市民社会の代表として参画する。
- 情報資料センターの運営。全国 12 カ所に HIV/AIDS に関する情報・資料センターを設置・運営している。

e)在日アフリカ人 HIV 陽性者支援で期待される役割

・CISHAN はナイジェリアの HIV/AIDS に関わる NGO の多くが加盟している組織であり、各州・地域のケア・サポート NGO や HIV 陽性者の当事者組織に関する情報を有している。そのため、在日の HIV 陽性者の帰国先となる各州・地域におけるこれら NGO の情報を入手し、リファレンスに有効に役立てることができる可能性がある。

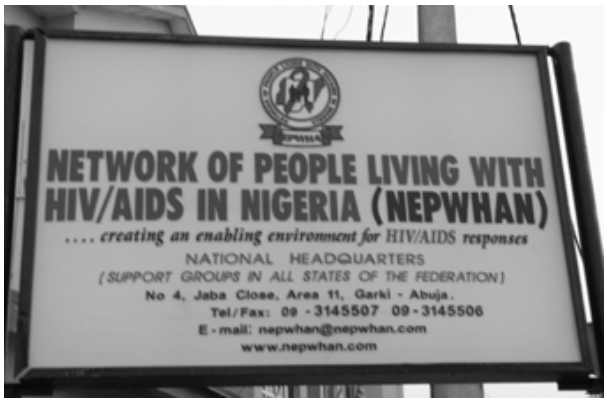
Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN) ナイジェリア・HIV 陽性者ネットワーク

a)住所：

CSO House, No.4 Jaba Close, Off Author Unegbe Street, Area 11, Garki, Abuja, Nigeria (CISHAN と同じ建物)

b)支部・加盟団体：

NEPWHAN はナイジェリアの６つの地理的領域（Geographical Area）にコンタクト・パーソンを配置している。また、全国各地域で合計 140 の HIV 陽性者組織が加盟している。ナイジェリアの各地域には、かなり有力なサポートグループや地域ネットワークが存在し、それらと連携して中央の事務局の活動が維持されている。



アブジャの NEPWHAN の看板

c)沿革：

ナイジェリアの HIV 陽性者の自助グループは、1997-98 年頃に各地域で誕生し、最初のネットワークが 1998 年にナイジェリア北西部カドゥナ州で設立された。その後、このネットワークを包摂する、より大きなネットワークとして、NEPWHAN が 2000 年に創設された。その後も資金不足や組織のコーディネーション不足に悩まされたが、国際 NGO との連携・協力もあって、現在では実質的なネットワークとして機能している。

d)活動内容：

NEPWHAN は概ね以下の活動を主要な活動領域として掲げている。

- HIV 陽性者の活動の活性化、自助グループ等の組織化。
- HIV 陽性者の差別・スティグマの低減。
- HIV 陽性者のコミュニティ強化等のインセンティブを作ることによる VCT（自発的カウンセリング・検査）への国民的モチベーション作り。
- HIV 陽性者のコミュニティへの経済的サポート（マイクロ・クレジット、栄養、ドナー機関の紹介等）
- HIV 陽性者の ARV 治療センター等へのリファレンス
- 治療アクセスの拡大等のアドボカシー
- 政府のエイズ政策や世界エイズ・結核・マラリア対策基金の国別調整メカニズムへの感染者の代表発言権の確保。

e)在日アフリカ人 HIV 陽性者支援で期待される役割

・在日アフリカ人 HIV 陽性者の帰国等に際して、帰国先の地域のケア・サポートグループ、HIV 陽性者の組織、医療機関等へのリファレンスに関する情報の提供。HIV 陽性者の組織に関しては、十分な情報を有しているものと思われる。

Treatment Action Movement Nigeria (TAM)
ナイジェリア治療アクション運動

a)住所

Positive Action for Treatment Access (PATA)

20B Brown Road, Aguda, opposite first Baptist Church, Surulele, Lagos, Nigeria

b)支部・加盟団体

・ARV 治療へのアクセス拡大を求めるナイジェリアの HIV 陽性者たちによって作られたアドボカシー・ネットワーク。設立当初はナイジェリア・エイズと闘うジャーナリスト連合（JAAIDS：次項参照）の事務所にあったが、現在はラゴス市内に事務所を設立した「治療アクセスへの積極行動」（Positive Action for Treatment Access）が本団体の事務局を担っている。ナイジェリアの各地理的領域にコンタクト・パーソンを置く。

c)沿革

・ナイジェリア連邦政府が 2002 年に開始した ARV 治療プログラムは 1000 ナイラの受益者負担を含んでおり、多くの人はアクセスができない状態であった。これに対して、無料での ARV 治療を求める HIV 陽性者たちがアドボカシー･ネットワークを形成し、とくに南アフリカ共和国で同様の運動を実施していた「治療行動キャンペーン」（Treatment Action

Campaign）の活動等と連携して、このネットワークの活動を開始したのが始まりである。

d)活動内容

- 無料の ARV 治療や、各種検査の無料化、およびナイジェリア全土における治療アクセスの拡大をめざすアドボカシー事業の展開。
- ナイジェリア連邦政府や各種ドナー機関等の HIV/AIDS 政策に関するモニタリング・監視・評価。
- HIV 陽性者のアドボカシー活動家・スピーカーの養成。
- HIV 陽性者の治療リテラシーの確立。（HIV 陽性者・サポートグループ向けのワークショップの開催、啓発パンフレットの作成・配布その他）
- 自発的カウンセリング・検査の促進のためのキャンペーン。

e)在日アフリカ人 HIV 陽性者支援で期待される役割

- 在日ナイジェリア人 HIV 陽性者の帰国先となる各地で適切なサービスを提供している HIV 陽性者組織の特定・推薦。
- ナイジェリアの HIV 治療の状況に関する最新情報の入手。
- ナイジェリアの HIV 治療や HIV 陽性者に関する最新の課題や取り組みに関わる情報の入手。

Journalists against AIDS Nigeria (JAAIDS) ナイジェリア・エイズと闘うジャーナリスト連合

a)住所：

Lagos Office: 44B Ijaye Road, Ogba, Lagos, Nigeria
Abuja Office: 139 Monrovia Street, Off Aminu Kano Crescent, Wuse II, Abuja, Nigeria

b)沿革

・ナイジェリアの HIV/AIDS に関する情報の効率的・革新的な流通を通じて、ナイジェリアの HIV/AIDS 予防・ケア等の対策に貢献することを目的に、1997 年に設立された。

c)ウェブサイト

http://www.nigeria-aids.org/

d)活動内容

HIV/AIDS やリプロダクティブ・ヘルスに関するサービスや情報に誰もがアクセスできるようにすることを目的に、以下の事業を行っている。

- ナイジェリアの HIV/AIDS に関する状況、政策、サービス機関情報などを網羅するウェブサイト、およびナイジェリアの HIV/AIDS に関わる NGO や関係者を網羅するメーリングリストの運営。
- ナイジェリアの HIV/AIDS に関する情報普及とサービス等に関する啓発、NGO や市民社会組織の活動を紹介する機関誌「Speak Out」の発行。また、ARV 治療アクセスの拡大に関する情報を掲載する機関誌「Access Alert」の発行。
- ナイジェリアの HIV/AIDS コミュニティの活動を促進した人を表象する「HIV/AIDS レッド・リボン賞」の運営。

e)在日アフリカ人 HIV 陽性者支援で期待される役割

- ナイジェリアの HIV/AIDS 対策に関わる最新情報の入手。
- ナイジェリアの各地域における HIV/AIDS の状況や、連邦・州政府、ドナー機関等の事業に関わる情報の把握。
- 在日ナイジェリア人 HIV 陽性者の帰国先におけるケア・サポート NGO や HIV 陽性者グループの紹介、リファレンス。

6. 地方別のケア・サポート、治療の状況

ナイジェリアは、地方、州によって、ケア・サポートや治療に関わる状況がかなり異なっています。以下、地理的領域に沿って、2005 年 12 月現在の状況を報告します。

(1)南西部

A. 概要

ナイジェリア南西部は、人口 1300 万人とアフリカ最大の都市ラゴスを抱えるラゴス州 Lagos、人口 800 万人のナイジェリア第２の都市イバダンを抱えるオヨ州 Oyo、その間にあるオグン州 Ogun、やや東側に位置するオシュン州 Osun、エキティ州 Ekiti、オンド州 Ondo の５州で構成され、非常に人口稠密な地域です。この地域の住民の多数を占めるのはヨルバ人です。

統計では、この地域はナイジェリアの中では比較的、HIV 感染率が低くなっており、感染率が最も高いラゴス州で 4.7%、最も低いオグン州で 1.5%となっています。

ナイジェリアから日本への移住労働者の３～５割がこの地域の出身者と考えられます。

B.各州の状況

今回の調査で聞き取りができたのは、ラゴス州、オヨ州、オグン州の状況です。

（ア）ラゴス州 Lagos State

ラゴス州はナイジェリアにおいて、首都アブジャに次いで多くの ARV 治療センターを擁する地域です

a)連邦政府の ARV 供給プロジェクト

現在、連邦政府の ARV センターとしては、以下の３つの病院が存在します。

- Nigerian Institute of Medical Research（ラゴス本土、ヤバ地区 Yaba, Lagos Mainland）
- Creek Military Hospital（ラゴス島　イコイ地区 Ikoyi, Lagos Island）
- Lagos University Teaching Hospital (LUTH) （ラゴス本土、イディ＝アラバ地区 Idi-Araba, Lagos, Mainland）

これらの３つの病院では、連邦政府が 2006 年から月 1000 ナイラの受益者負担を廃止したため、ARV 自体は無料で受けられます。ただし、CD4 検査などについては有料となります。

b)州政府および援助機関によるプロジェクト

一方、州政府が「国境なき医師団オランダ」と連携して実施している以下のプロジェクト、および、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の資金によって実施されている GHAIN のプロジェクトについては、ARV 治療、CD4 検査等すべて無料で受けることができます。

□PEPFAR/GHAIN のプロジェクト

- Massey Street Children's Hospital (GHAIN)
- Lagos Island Maternity Hospital (GHAIN　ラゴス島ラゴス地区 Lagos, Lagos Island)
- Mainland General Hospital (GHAIN)

□MSF オランダ＋ラゴス州政府のプロジェクト

- General Hospital Lagos （ラゴス島ラゴス地区 Lagos, Lagos Island）

上記の中で、最も信頼の置けるプロジェクトは、ラゴス州政府と MSF オランダの連携で実施されている General Hospital Lagos のプロジェクトだと思われます。このプロジェクトでは、ラゴスの各種コミュニティ組織と連携して、治療リテラシーの確立、アドヒアランスの向上のためのモニタリング等の各種取り組みを実施しています。

アフリカ最大の都市ラゴス

c)ケア・サポート組織

一方、ラゴス州の HIV 陽性者の組織、ケア・サポート組織は、ラゴス市内の地域別・世代別（ユースなど）におよそ 20 ほどあり、それぞれ活発に活動しています。代表的なものとして以下の組織が挙げられます。

- AIDS Alliance Nigeria：AAN（ナイジェリア最初の HIV 陽性者の当事者組織）
- Centre for the Rights to Health：CRH（VCT および HIV 陽性者のスティグマの軽減などを実施している）
- Youth Action Rangers Nigeria：YARN（ラゴス本土スルレレ地区周辺でユースによる HIV 予防啓発やカウンセリング活動を実施している）

HIV 陽性者の組織などの情報については、前章で紹介した NEPWHAN もしくは TAM に照会すれば、一定の情報は得られるものと思います。

（イ）オヨ州 Oyo State

a)治療へのアクセス

オヨ州では、連邦政府が以下の病院で ARV 供給を行っています。現在、ARV 治療自体は無料化されています（CD4 検査などの経費については不明）。

University College Hospital: UCH, Ibadan （イバダン）

上記 UCH は CD4 などの検査設備がゲイツ財団の資金による支援枠組みである APIN（AIDS Prevention Initiative Nigeria）によって整備されました。UCH による ARV 治療の供給は、この地域の NGO やコミュニティ・組織と連携して行われています。

b)ケア・サポート組織

イバダンをはじめ、オヨ州にはしっかりしたケア・サポート組織が存在しています。代表格が、オヨ州だけでなく南西部のオグン・オンド・エキティ各州でケア・サポート等の活動を行っている NELA（Network on Ethics, Human Rights, Law, HIV/AIDS Prevention, Support and Care）と PLAN（Positive Association of Nigeria）です。

NELA は上記の UCH および英国ベースの国際 NGO である国際 HIV/AIDS 連合（International HIV/AIDS Alliance）と連携して、地域の NGO などのキャパシティ・ビルディングを行っています。

PLAN も地元に根を張った HIV 陽性者の当事者組織・ケア・サポート組織として、HIV 陽性者の治療へのアクセス促進のためのリファレンスを行っているほか、HIV 陽性者の就職差別への抗議、スティグマの軽減、HIV 陽性者のグループの収入向上の支援などの活動を行っています。また、TAM などと協力して、現在、この地域に「全ての HIV 陽性者が 1 時間以内でアクセスできる複数の治療拠点の確立」を政府などに要求するアドボカシー活動を行っています。

（ウ）オグン州・その他の州

オヨ州とラゴス州に南北をはさまれたオグン州は、ナイジェリアの現大統領オバサンジョや前保健大臣オリコイェ・クティの出身地であり、ヨルバ人の心の故郷ともいわれるアベオクタ Abeokuta を州都としているにもかかわらず、ARV 治療拠点は存在していません。そのため、ARV を受けるには、ミニバスなどで数時間をかけてオヨ州またはラゴス州に行かなければなりません。

また、オグン州だけでなく、その他の３州（オシュン州、オンド州、エキティ州）に関しても、ARV 拠点はないので、治療へのアクセスのためには、オ

ヨ州、ラゴス州に行く必要があります。この地域は、上記でも触れたように、NELA という NGO が各種サービスのフォーカル・ポイントとしての役割を果たしています。

オグン州のケア・サポートの組織としては、ホーム・ベースド・ケアやエイズ孤児支援などを行う組織が３つ存在しています。また、予防啓発を実施している組織はより多く存在しています。その一つが、オグン州東部の都市イジェブ・オデ Ijebu-Ode に存在する Rays of Hope Community Foundation です。

(２)南東部

A.概要

南東部はナイジャー川の港湾都市オニチャを抱えるアナンブラ州、南東部最大の都市エヌグを抱えるエヌグ州、イモ州、アビア州、エボンイ州の５州で形成され、主要な住民はイボ人です。この地域は 1967 年～70 年のビアフラ戦争の時期に、連邦からの独立を宣言したビアフラ共和国の中核部分で、連邦軍による包囲戦により大量の餓死者を出した地域です。この地域も幾多の大都市を抱えて人口は稠密です。

この地域の感染率は、統計によれば３～５％であり、統計が正しかったとすればナイジェリアの中では感染率が高い方ではありません。2003 年統計で最も感染率が高いのはエヌグ州で 4.9%、低いのはイモ州で 3.1%です。

ナイジェリアから日本への移住労働者の４～６割程度がこの地域の出身と考えられます。

B. 各州の状況

（ア）エヌグ州

a)治療へのアクセス

エヌグ州における連邦政府の ARV 治療センターは以下の一つです。

University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu

このセンターでは、約 800 人が ARV 治療を受けていますが、ARV 治療の必要性のある人からのニーズは 3000 人に達しており、増加するニーズに対応できない状態のようです。

2006 年現在、ARV は無料で提供されますが、CD4 などの検査は有料であり、また、結核の検査なども含めると、検査費用がこの地域の人々の所得と比してかなり高額となります。また、VCT（自発的カウンセリング・検査）も有料である（＝最初のラピッドテストで陽性となった場合の確認検査に費用が掛かる）ため、VCT への受診をあきらめてしまう人々もいるようです。

この情報を提供してくれた「エヌグ州支援組織連合」（Coalition of Enugu State Support Groups Organization, CESSGO）は、医療レベルの低いエヌグ州に帰国して治療へのアクセスを確保することは相当難しく、それは「死ね」というのと同義である、と、かなり厳しいコメントをしていました。

b)ケア・サポート

上記「エヌグ州支援組織連合」は、2004 年、エヌグ州の HIV/AIDS に関わるケア・サポート組織、HIV 陽性者の当事者組織等の連合体として、英国国際開発省（DfID）の支援を受けて組織された団体です。

この組織は、エヌグ州のサポートグループの連携ミーティング、ホーム・ベースド・ケアの促進、ケア・サポートに関するアドボカシーやキャパシティ・ビルディングを実施しています。しかし、エヌグ州ではこうした活動は必ずしも好調ではなく、かなり厳しい状態のようです。

（イ）その他の州

南東部については、その他の州の調査はできませんでした。ARV 治療については、連邦政府が以下の治療拠点を設けています。

□アナンブラ州

- Nnamdi Azikiwe Teaching Hospital, Nnewi, Anambra

State
□ンネウィはアナンブラ州の小都市。

□イモ州

- Federal Medical Center, Owerri, Imo State
  □オウェリはイモ州の州都。

また、PEPFAR の資金による治療サイトとしては以下のものがあります。

□アナンブラ州

- St.Charles Borromeo Hospital, Onitsha, Anambra State
  □オニチャはアナンブラ州の州都。

PEPFAR の ARV 治療サイトでは、ARV アクセスや CD4 などは無料となっています。

(３)深南部

A. 概要

深南部はおおよそナイジャー川の河口デルタ地域に当たり、ナイジェリア最大の外貨収入源である原油の生産地域となっています。しかし、その富は他地域に吸い取られたり、この地域の一部の支配階級に流れる一方で、十分に地域の人口には還元されていません。むしろ、住民は原油の流出やフレア（火炎）による水質汚濁や酸性雨などの環境汚染に悩まされています。

この地域は、西からエド州 Edo、デルタ州 Delta、バイェルサ州 Bayelsa、リヴァーズ州 Rivers、アクワ・イボム州 Akwa-Ibom、クロス・リヴァー州 Cross River の６州により構成されています。

この地域の HIV 感染率は、ナイジェリアで最も高いクロス・リヴァー州（12%）をはじめ、7.2%のアクワ・イボム州、6.6%のリヴァーズ州など、全国平均値よりも軒並み高くなっています。もともとビアフラ戦争期に連邦軍のビアフラに対する南側からの包囲戦の拠点となり、運輸やセックス・ワークのネットワーク拠点が複数存在することに加え、石油労働者などの人口移動が多いことが一つの要因であると考えられます。

ナイジェリアから日本への移住労働者のうち、この地域の出身者は全体の約１～２割程度と思われます。

この地域で聞き取りなどの情報を得ることができたのは、リヴァーズ州およびエド州です。

B. 各州の状況

（ア）リヴァーズ州

リヴァーズ州には、人口 100 万を越える、南東部および深南部の拠点都市であるポート・ハーコートがあります。連邦政府およびリヴァーズ州政府が、それぞれ ARV 治療拠点を置いています。

□連邦政府

University of Port Harcourt Teaching Hospital (UPTH), Port Harcourt （ポート・ハーコート）

2006 年現在、UPTH の ARV 治療は無料で行われています。また、CD4 も無料となっています。

□州政府

Braithwaite Memorial Hospital : BMH（ポート・ハーコート）

こちらは州政府のプログラムで、月 3000 ナイラの受益者負担を支払う必要があります。リヴァーズ州の HIV 陽性者組織に所属するスタッフは、こうした組織に所属していれば、ARV のアクセスを受けることは必ずしも困難ではない、と述べていました。

一方、ケア・サポート組織ですが、リヴァーズ州は国際 NGO の「アフリケア」Africare がエイズ孤児のサポートに関して地域のコミュニティ組織やユースの NGO と連携して積極的に展開しているほか、３つのケア・サポート組織が NEPWHAN に加盟して活動を展開しています。

（イ）エド州

エド州は深南部の最も西、ヨルバ人の多い南西部とイボ人の多い南東部のちょうど中間に位置し、大都市ベニンシティ Benin City を擁します。ベニンシ

ティはかつてこの地域が「中西部」という地理的区分を与えられていたとき、その中心都市をなしていました。日本にも、この地域出身の移住労働者が来ています。

エド州には、連邦政府と PEPFAR・GHAIN がそれぞれ一つずつの治療拠点を構えています。

□連邦政府
University of Benin Teaching Hospital: UBTH （ベニンシティ）

□PEPFAR/GHAIN
Central Hospital, Benin （ベニンシティ）

連邦政府、PEPFAR ともに ARV は無料で供給しています。CD4 等の検査については、PEPFAR の治療拠点では無料で受けることができます。

エド州には NEPWHAN に加盟した HIV 陽性者団体が５つあり、これらの治療拠点と結びついて活動を展開しています。

（ウ）その他の州

その他の州については、ARV 治療については以下の治療拠点が存在しています。

□アクワ・イボム州
- Federal Medical Centre, Akwa Ibom
  □連邦政府のプロジェクト

□クロス・リヴァー州
- Central Hospital, Calabar, Cross River（カラバール市）
  □PEPFAR/GHAIN のプロジェクト

(４)中北部

A. 概要

ナイジェリア中北部は、アブジャ連邦首都領域 Abuja FCT を中心にナイジャー川流域のナイジャー州 Niger、その南側で南西部に続くクワラ州 Kwara、その東隣のコギ州 Kogi、ベヌエ川流域のベヌエ州 Benue、その北側でアブジャ連邦首都領域と近いナサラワ州 Nasarawa、その北側で地域の中心都市となっているジョスを擁するプラトー州 Plateau の６州＋１領域で形成されています。この地域は、以前から HIV 感染率の高さで一・二を争っていたベヌエ州（2003 年のデータで 9.3%）をはじめ、アブジャ連邦首都領域（8.4%）、ナイジャー州（7.0%）など、ナイジェリアの中でも HIV 感染率が高い地域となっています。

ナイジェリアから日本への移住労働者で、この地域出身の人は少ないものと思われます。

B. 各州の状況

（ア）アブジャ連邦首都領域

アブジャは荒野の中から建設されたナイジェリアの新首都で、90 年代初頭から、本格的な首都建設が開始されました。それから十余年が過ぎ、アブジャには大統領府や各省庁、各国大使館、石油公社、銀行、多国籍企業など多くの機関が移転、最大都市のラゴスとは一日二十便を越える航空便で結ばれ、名実ともにナイジェリアの首都としての機能を果たしつつあります。

一方、アブジャの人口も急速に増加し、アブジャ中心部を形成する環状道路の外側には、中・低所得者層の住む地域やスラム街が東隣のナサラワ州に至るまで拡大を続けています。15 年前には荒野でしかなかったアブジャの人口は、いまや周辺もあわせれ

アブジャの中心にそびえる巨大モスク

ば 100 万人にのぼる勢いです。中心部にはビッグマンたちの豪邸や石油の金に飽かせて作った新しい珍妙な建築物が建ち並び、外側には仕事を求めて移り住む人々のバラックがひしめく、極めてゆがんだ構造がこの都市の特徴です。

こうした歪みや、伝統的なコミュニティおよびそれを基盤とした活動の不在が、この都市の高 HIV 感染率の要因となっています。ユニセフの担当者は「この都市では、コミュニティを活用できないため、HIV 啓発は極めてやりにくい」と述べていました。

a)治療へのアクセス

この都市は、人口ではナイジェリアでは中規模の都市に過ぎませんが、ARV 治療拠点が数多く存在しています。ARV 治療拠点は以下の通りです。

□連邦政府

- National Institute for Pharmaceutical Research and Development (NIPRID)
- National Hospital Abuja
- Directorate of State Service Hospital Clinic
- National Intelligence Agency Clinic
- Gwagwalada Specialist Hospital Abuja
- State House Clinic Abuja
- Central Bank Clinic Abuja

□PEPFAR/GHAIN

- Central Hospital, Wuse（アブジャ、ウセ地区）

但し、連邦政府の ARV 治療拠点は官公庁に関係するものが多く、これらの治療拠点で一般の人々が治療にアクセスできるかどうかは不明です。治療へのアクセスについては、おそらく、地域のケア・サポート組織と連携をとった上で医療機関を開拓することが必要ではないかと思われます。

b)ケア・サポート組織

アブジャも、建設から十数年の歴史を経て、伝統的なコミュニティとはいかないまでも、首都としてのコスモポリタンな市民社会ネットワークや、一定の地域的なコミュニティが形成されつつあります。一方で、HIV/AIDS に関するサービスを適切に行う HIV 陽性者の組織やケア・サポートの組織は、まだ不十分な形でしか存在していないようです。

ラゴスに本部のある「健康への権利センター」（Centre for the Rights to Health）は、アブジャ・ガルキ地区に VCT・各種検査のサービスができる事務所兼クリニックを構えています。CRH は各種 NGO ネットワークとの連携を進めていますので、治療へのアクセスに関する相談をする上では有効な組織だと思われます。また、「エイズと闘うジャーナリスト連合」（JAAIDS）もアブジャに支部事務所を設置しており、何らかの相談が可能だろうと思われます。また、上記に紹介した HIV 陽性者団体やケア・サポートグループのネットワークである NEPWHAN、CISHAN の本部事務所もアブジャにあり、相談にのってくれるものと思われます。

（イ）ナサラワ州　Nasarawa State

ナサラワ州は西をアブジャ連邦首都領域、北をプラトー州、南をベヌエ州に接する広大な地域をなしています。HIV 感染率は 6.5%とナイジェリアの平均より高くなっていますが、人口が少なく、また、ARV センターを多く有するアブジャやジョスと隣接している等の理由から、連邦政府は、ナサラワ州に治療センターを設置していません。このことは、広大で人口規模の少ないナサラワ州の HIV 陽性者にとって不利な条件を作っています。

ナサラワ州政府は、近い将来、州のイニシアティブによって ARV 治療センターを州の３つの都市に設置する予定で、2006 年現在、ファンドレイジングを進めています。また、州で「Drug Revolving Program」というファンドを作り、これによって州都ラフィア（Lafia）にある Nasarawa State Specialist Hospital で ARV 治療を提供しています。

□州政府のプログラム

Nasarawa State Specialist Hospital, Lafia （ラフィア）

しかし、現在、これにアクセスできている人は 25 名しかいません。この治療プログラムは、自己負担であれば 11,000 ナイラ/月かかるところを、州の一部負担により 8,000 ナイラに下げています。

（ウ）プラトー州　Plateau State

プラトー州は名称が示すとおり高原地帯にあり、冷涼な気候で、ナイジェリアでは避暑地として位置付けられてきました。また、ナイジェリアでは主要な野菜の生産地でもあります。州都のジョス（Jos）は地域の拠点都市であり、人口 100 万人以上を有します。この州は、中北部では例外的にキリスト教徒が８割を占めています。宗教を理由とした対立が頻繁に起こっており、数年前にも、数百人のイスラーム教徒が殺害され、多くのイスラーム教徒が北のバウチ州に国内避難民として流出するという事件がありました。

プラトー州の道路沿いの野菜売り

a)治療へのアクセス

プラトー州には、連邦政府による以下の ARV センターが存在します。

Jos University Teaching Hospital:JUTH　（ジョス）

ARV については 2006 年から無料化されましたが、CD4 については無料化はされていないようです。

b)ケア・サポートの状況

プラトー州の HIV/AIDS に関わる調整機関である PLACA（Plateau AIDS Control Agency）は NGO の連合体としての位置づけを有しており、ここに 59 の NGO、39 のケア・サポート団体が所属しています。HIV 陽性者の組織としては PLANET（Plateau AIDS Network）があり、HIV 陽性者の収入向上活動、マイクロクレジットの技術向上活動などを行っています。また、VCT に関しては、PLACA が 17 の地方政府領域（LGA: Local Government Area）に VCT センターを設置しています。

プラトー州で活動するケア・サポート NGO として Fahariya Adolescent Network（FAN）が存在します。この組織は、HIV 陽性者のためのシェルター、マイクロ・クレジット、スキルズ・ビルディング、アウトリーチ活動、食糧補助の提供などを行っています。

（エ）その他の州

その他の州については、今回は調査ができませんでしたが、連邦政府が以下の治療拠点を設けています。

□クワラ州

- University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin
  □イロリンはクワラ州の州都。

□ベヌエ州

- Federal Medical Centre, Makurdi
  □マクルディはベヌエ州の州都。

（５）北部（北西部・北東部）

A. 概要

北部は地理的領域としては北西部・北東部の二つに分類されます。ナイジェリアの国土の半分を占める広大な地域が北部に属しています。この地域はサバナ気候・ステップ気候で半乾燥地帯となっており、人口は比較的希薄ですが、カノ Kano のように千年以上の歴史を持つ大都市も存在しています。この地域は、もともとイスラーム化が早くから進んでおり、主要民族は、北の隣国ニジェールや西の隣国ベナンの北部などにもまたがって住んでいるハウサ人、サヘル地帯一帯で遊牧を営んできたフラニ人などです。

この地域は、以前は HIV の影響があまり及んでいないように思われていましたが、実際には、ここ数年で感染率が全体として急上昇しています。2003 年の統計では、北東部では、カメルーン国境にあるアダマワ州 Adamawa の 7.6%を筆頭に、ゴンベ州 Gombe の 6.8%、タラバ州 Taraba の 6.0%と続きま

す。どちらかというと北西部の方が感染率が低く、カドゥナ州 Kaduna の 6.0%を筆頭とし、最も低い州はケビ州 Kebbi の 2.5%となっています。

この地域から日本への移住労働者は、あまり多くないものと思われます。

B. 各州の状況

（ア）カノ州

a)治療へのアクセス

カノ州は北部最大の都市カノを抱え、感染率は 4.1%となっています。治療については、連邦政府および PEPFAR/GHAIN の治療センターが存在しています。

□連邦政府

・Aminu Kano Teaching Hospital （カノ）

□PEPFAR/GHAIN

・Murtala Mohammed Specialist Hospital, Kano

・Infectious Diseases Hospital Kano

GHAIN は 2004 年、クロス・リヴァー州とカノ州で最初に ARV 供給を始めており、カノ州は拠点の一つとして位置付けられているようです。

b)ケア・サポートの状況

北部地域には、HIV 陽性者を中心としたケア・サポートグループのネットワーク組織である「北部ナイジェリア・サポートグループ連合」（Coalition of Support Groups in Northern Nigeria: COSGINON）があります。この組織は、北西部ケビ州 Kebbi でケア・サポートに従事していた Samaila Garba 氏が北部の各地の同様のネットワークと連携して組織したもので、現在、ケビ州、カノ州、ソコト州、ボルノ州、カドゥナ州、プラトー州等から、合計 20 のグループが参加しており、アクション・エイドの支援を受けています。このネットワークは各サポートグループのキャパシティ・ビルディングを中心に行っており、女性のネットワークも存在しています。

（イ）その他の州

その他の州に関しては、十分な調査ができませんでしたが、ARV 治療については、以下の治療拠点が存在しています。以下は両方とも連邦政府によるサービスです。

□カドゥナ州

- Ahmadu Belo University Teaching Hospital：ABUTH, Zaria（カドゥナ州ザリア）
  □ザリアはカドゥナ州北部の有力都市。

□ソコト州

- Usman Dan Fodio University Teaching Hospital, Sokoto（ソコト州ソコト）

□ソコトはソコト州州都でナイジェリアのイスラームの中心都市。

7. 国境を越えたリファレンス体制の可能性

ナイジェリアは、石油収入や、大国ゆえの各ドナー国・ドナー機関からの援助の集中によって、他のアフリカ諸国よりも多くの ARV 治療センターが存在しています。この数だけから見れば、一見、他の国よりも ARV へのアクセスが容易なように思われます。

しかし、2006 年２月、ナイジェリア北中部のベヌエ州で、ARV センターにアクセスできていた人のほとんどが政府関係者かその親類であったという疑惑がもちあがりました。これにみられるように、ARV へのアクセスについても、コネクションなどがその可否を大きく左右している可能性があります。この点に鑑みれば、各地域の ARV 治療拠点の病院などを単に訪れ、検査を受けるだけで実際に ARV が供給されるのか、また、供給されたとしても、長期的に、適切な ARV 治療を受け続けることができるのかは大きな疑問です。

一つ重要なことは、この国においては、HIV/AIDS に関して強力な市民社会セクターが存在し、その中には、ナイジェリアの抱える構造的な問題に対して批判的・自覚的に対峙している活動家や組織が確実に存在しているということです。ですので、ARV 治

療へのアクセスに関しては、一つは HIV 陽性者のグループやケア・サポートグループなどと最初に連携し、そこから治療へのアクセスを求める方が得策であろうと思われます。また、何か問題があったときについても、こうしたアドボカシー・グループなどと適宜連携がとれると、何らかの対策が立てられるかも知れません。

ナイジェリア出身の HIV 陽性者の帰国に際しては、以下のようなことを確認し、リファレンスの方法を探る必要があります。

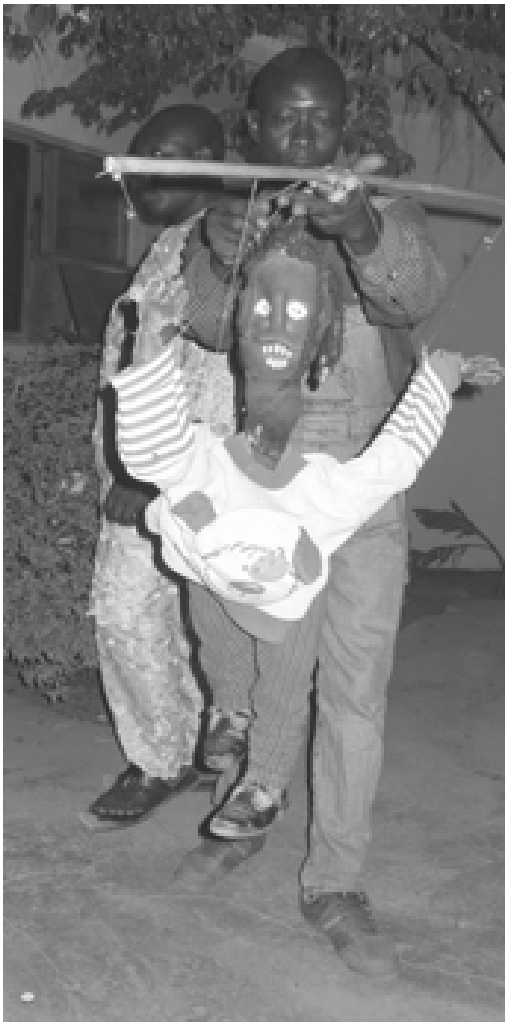
○ ナイジェリアのどの地域出身で、どの地方に帰国したいのか

○ 親戚・知人などに有力な政治家、軍人、政府職員、医師などが存在するか。

○ 現在の所持金はいくらくらいか。また、帰国先の家族・親戚などはどの程度の経済力を持っているか。

こうした情報を踏まえて、帰国先にあるサポート・グループや、アブジャ・ラゴス等にある全国組織と連絡を取り、サポート・グループ・医療機関との連携を作った上で、医師の紹介状などを持って帰国に臨む、という体制が必要ではないかと思われます。

一般的に言って、首都アブジャおよび最大都市ラゴス、第２の都市イバダンに帰国するというような場合には、他地域よりも、ARV 治療にアクセスできる可能性は高いと言えるでしょう。



アブジャの居酒屋の人形つかい

コラム１：ナイジェリアのゲイ・MSM の運動

ナイジェリアでゲイをはじめとするセクシュアル・マイノリティが置かれている立場は非常に厳しいものがあります。旧英領であったナイジェリアには、19 世紀末のヴィクトリア朝時代に制定された刑法が残っており、そのソドミー条項（刑法第 254 条）によって同性愛などは禁止されています。また、北部および中北部の各州は、アブジャ連邦首都領域を除いて州法にシャリーア（イスラーム法）を導入しており、同性間性行為は厳しく罰せられることになっています。キリスト教や伝統的な宗教体系が中心の南部においても、同性愛者は家族や伝統的社会からの迫害の対象となっています。

こうした厳しい状況の中でも、ナイジェリアにはゲイの運動が芽吹いてきています。100%ゲイバーというのはありませんが、最大都市ラゴス、主要都市であるポート・ハーコート、カノ、エヌグ、首都のアブジャにはゲイ・フレンドリー・バーが存在しています。ナイジェリアで最初にゲイの人権運動の組織が誕生したのは第２の都市イバダンで、時代は 90 年代後半でした。ヨルバ人のオルダレ・オデュミュイェ Oludare Odumuye 氏を中心とする５名によって設立された「ナイジェリア権利同盟」（Alliance Rights Nigeria）がその組織です。その後、創立者のうち２名が AIDS で亡くなり、１名は家族から追放・迫害されて南アフリカ共和国に亡命しました。オルダレ氏はイバダンで同組織を会員制組織として拡大し、ナイジェリアのゲイのアドヴォケイトとして今も活動しています。もう一人の創立者、パトリック・オビオハ Patrick Obioha 氏はラゴスにもう一つのゲイのグループ「ナイジェリア・サポート・プロジェクト」（Support Project in Nigeria: SPIN）を設立して、ゲイに対する HIV/AIDS 啓発事業を開始、今に至っています。

こうした組織とコミュニティの形成を端緒として、都市化と中産階級の成長が著しいラゴスやアブジャなどでは、ユース層を中心に徐々にゲイ・コミュニティが拡大し、ゲイとしてのアイデンティティと権利意識を持ったアクティヴィストたちが生まれつつあります。2005 年 12 月に開催されたアフリカ地域エイズ・STI 国際会議（ICASA）には、これらのユースのゲイ・アクティヴィストたちが多く参加し、ユースの団体などでも活躍していました。ナイジェリアは、ゲイ・MSM の運動においても大きな潜在力を持っていると言えます。

コラム２：ナイジェリアのリプロダクティブ・ライツ＆ヘルス

ナイジェリアには、APIN のプログラムを始め、NGO が行っている母子感染予防プログラムがいくつかあります。基本的にはまず、産科診療所で VCT が行われます。検査前のカウンセリング、そして検査後には告知を含む検査後のカウンセリングを行うことになっており、陽性だった場合には、パートナーを連れてカップルでカウンセリングを受けることもできます。このプログラムには、妊娠期間の ARV、出産後の粉ミルクの提供と、子どもの予防接種も含まれます。帝王切開を選択することもできますが、非常に費用がかかるため、現実的には難しく、分娩は自然分娩で行うことがほとんどです。

現実的には、女性が陽性とわかった場合、パートナーが検査を拒否するケースも多く、女性が家から追い出されることもまれではありません。また、出産後には夫の親戚がお祝いに来て育児や家事を手伝うという習慣があるため、HIV に感染しているのではないかと疑われることを恐れて、粉ミルクがあっても母乳をあげてしまうといった例も多いそうです。

また、このようなプログラムの医療従事者は概して協力的ですが、同意なしの HIV 検査、治療拒否、差別的な扱い、守秘義務が守られないなどの問題もあり、結果的に妊婦がこのような施設から遠ざかり、母子感染の増加につながってしまう可能性もあります。

女性が陽性で、男性が陰性であるカップルが子どもを持とうとすることが多いのですが、これに関する公的な支援はありません。一方、女性が HIV 陽性であれ、陰性であれ、子どもができないのは呪われているからだなどという考えがあるため、女性自身が自分の意思で子供を持つかどうかを選択するのは不可能に近い状況であると思われます。

コンドームの価格は、安いもので４つ入り 20 ナイラ（約 20 円）、高いものでは、500 ナイラ。女性用コンドームもつい最近手に入るようになり、1 つ 20 ナイラ。決して、非常に高くて手が届かないというものではありませんが、文化社会的な背景を考えると、女性用コンドームを使用することはもちろん、コンドームの使用を女性から言い出すことは容易ではないでしょう。

小児用の ARV の入手は非常に困難です。ナイジェリア連邦政府は 2002 年に、小児用 ARV を 5000 人の子どもに提供すると宣言したものの、現在のところ、治療を受けられているのは 1000 人ほど。国際 HIV/AIDS 連合(IHAA)や、セイブ・ザ・チルドレン UK などの国際 NGO が、HIV 陽性の子どものケアとサポートを行っていますが、ARV を提供しているところはほとんどありません。国内の NGO では、ジョスにあるフェイス・アライブ(Faith Alive)が、HIV 陽性の子どもに ARV を提供しており、オヨ州のイバダンの UTC でも、小児用の ARV が入手できます。（費用などは不明）。小児用 ARV の確保は、ナイジェリアだけでなく、アフリカそして世界全体で急務だと思われます。

ICASA のなかでも、HIV と女性を取り上げたセッションが多く見られました。この問題への関心と意識が高いことを示しているのだと思いますが、女性の HIV 陽性者の状況は厳しいと感じました。

まず、HIV が性感染症であるということから、パートナーや配偶者である男性が陽性であり、彼女がパートナーから感染したとしても、非難を受けやすいことがあげられます。長い看病後に夫がエイズで亡くなり、その後、子供や財産を夫方の親戚に取り上げられるという例も後を絶ちません。しかし、現在では Heal the Land Initiative*などの NGO がこのような問題に取り組んでいます。

*Heal the Land Initiative
No. 20 Aka-Itiam Street, Off Udo-udoma
P.O.Box 2851 Uyo,
Akwa-Ibom State
Tel: 08023350563
E-mail: hea_land@yahoo.com

また、夫や家族が病気になった場合、ケアを提供するのはほとんどの場合が女性であるため、経済的・身体的・精神的にもっとも大きな負担を強いられるのは女性です。結果として、自身が HIV に感染していた場合は自分の治療やケアは後回しとなってしまいます。

また、キリスト教やイスラム教など、宗教が生活のなかで大きな位置を占めていることが多いため、宗教または宗教指導者の影響は大きく、これらが禁欲・貞操を唱えている場合、とくに女性の陽性者は差別やスティグマにさらされやすくなります。

以上のように問題は山積みですが、ナイジェリアは HIV 陽性者やサポート団体のネットワークが充実しており、女性に関しても支援を行っているところがいくつかあります。国としても、「HIV/AIDS に対するアクションのための戦略的枠組み：2005-2009」の方針のなかに、ジェンダーに配慮した包括的な予防とケアおよびサポートへのアクセス促進、ジェンダーに配慮した非保健セクターの対応の強化、女性の権利を支援する政策環境の改善などを掲げており、今後、女性の性と生殖の権利が、HIV 対策のなかで主流化されることを期待します。

ガーナ共和国
Republic of Ghana

1. 国のようす

(1)基礎的統計[7]

- 面積　239,460 平方キロメートル（うち海洋面積 8,520 平方キロメートル）
- 人口　2103 万人（2005 年７月推定）
- 民族　アカン人 Akan 44%、モシ人・ダゴンバ人 Moshi/Dagomba 16%、エウェ人 Ewe 13%、ガ人 Ga ８%、グルマ人 Gurma ３%等
- 言語　英語、アカン語、モシ語、ダゴンバ語、エウェ語等
- 国内総生産（GDP）　518 億ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 経済成長率　4.3%（2005 年推定）
- 一人あたり国内総生産　2,500 ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 家計収入分配に関するジニ係数　40.8（1999 年推定）
- 国連開発計画（UNDP）人間開発指数：0.532*
- 人間開発指数ランク：136 位*
- 乳児死亡率　51.43/1000 人（2005 年推定）
- 誕生時平均余命　57.0 歳（2005 年推定）*
- 識字率　57.9%（2005 年推定）*
- 大統領　ジョン・アジェクム・クフォー大統領（John Agyekum Kufuor）

(2)国家の地域的概要

ガーナは西アフリカ・ギニア湾岸のヴォルタ川中・下流域に位置し、東をトーゴ、西をコートディヴォワール、北をブルキナ・ファソと接しています。国土の多くは雨季と乾季のあるサバナ気候で、海岸沿いに熱帯雨林気候の地域が見られます。ヴォルタ川は独立直後に作られたアコソンボダムによって仕切られ、世界最大の人口湖であるヴォルタ湖が形成されています。100 以上の民族があり、主要にはアクラ周辺にガ人、やや内陸に入ったクマシ周辺にアカン人、ヴォルタ川流域沿いから隣国トーゴにまたがってエウェ人が居住しています。北部サヘル地域にはダゴンバ人、モシ人、遊牧民のフラニ人などが居住しています。

行政区分としては、北部からアッパー・ウェスト州 Upper West、アッパー・イースト州 Upper East、北部州 Northern、ブロング・アハフォ州 Brong-Afaho、アシャンティ州 Ashanti、ヴォルタ州 Volta、東部州 Eastern、拡大アクラ州 Greater Accra、中央州 Central、西部州 Western の 10 州に分かれています。

(3)最近の政治情勢

ガーナは英国植民地支配下では「黄金海岸」と呼ばれていました。サハラ以南アフリカでは、植民地化されなかったエチオピア、19 世紀に解放奴隷の入植地として独立していたリベリアを除いて最も早く、1957 年に独立しました。独立に際して、植民地権力が決めた「黄金海岸」という名称を破棄、中世西アフリカ・サヘル地域で反映したガーナ帝国の名称を国号としました。

初代大統領クワメ・ンクルマ（Kwame N'krumah）は第３世界解放運動の旗手として登場しましたが、社会主義的傾向により西側世界から忌避されて孤立し、66 年、クーデターによって政権を奪われました。その後、再三のクーデターにより、政権が軍部支配層によってたらい回しされ国家は崩壊の危機に瀕しました。79 年、ジェリー・ローリングズ退役空軍大尉を中心とする青年将校グループがクーデターを起こして旧来の軍事支配層を一掃、すぐに民政移管を成功させました。ところが、民政移管後の政権が腐敗したため、ローリングズは 81 年、再びクーデターを起こして政権を掌握、今度は「国家中興の祖」として長期政権を担うことになります。

ローリングズは国民的な人気を背景にカリスマ的支配を実現、当初はリビアの支援を積極的に受けるなど社会主義的傾向を持っていましたが、その後 83

[7] 無印は CIA The World Factbook の情報（2005 年）、*は UNDP のデータ（2006 年）による。

年より国際通貨基金（IMF）の指導に基づく経済政策に転換しました。IMF の構造調整政策はアフリカの多くの国の経済を低迷させることになりましたが、ガーナについては、指導者ローリングズのリーダーシップと、「成功国」を必要とした IMF・世銀の手厚い援助などにより、ウガンダとともに、経済は好転し、90 年代にはアフリカでは例外的に高い経済成長を遂げるに至りました。

ローリングズは 92 年、複数政党制下の選挙で当選して民政大統領となり、その後８年にわたって大統領を務めた後、2000 年には憲法の三選禁止規定に従って政界を引退。与党・国民民主会議（National Democratic Congress）がローリングズの後継者として擁立した副大統領ジョン・アッタ・ミルズ（John Atta Mills）は選挙で新愛国党（New Patriotic Party）のジョン・アジェクム・クフォー（John Agyekum Kufuor）に敗北し、ガーナはセネガルとともに、民主的な選挙で政権交代を実現することになりました。クフォー政権の下でも、ガーナは安定的かつ順調に成長を遂げつつあります。一方、北部では民族・地域支配層の対立などで混乱が生じることがあり、波乱要因の一つとなっています。

2. HIV/AIDS の状況

（１）HIV/AIDS の全国的動向

ガーナはアフリカ全体の中でも HIV 感染率が低い国の一つですが、それでも感染率は 3.1％と、アジアで最も感染率の高いカンボジアを上回っています。UNAIDS/WHO による 2005 年の推定データは以下の通りです。

項目	数値（最小・最大見積）
成人感染率（15-49 歳）	2.3%（1.9-1.6）
感染者数（大人・子ども合計）	32 万人（27-38 万人）
子どもの感染者数推定	2.5 万人（0.98-4.8 万人）
女性の感染者数推定	18 万人（15-21 万人）
エイズによる死亡者数	2.9 万人（2.1-3.6 万人）
エイズによる遺児[8]	17 万人（13-21 万人）

アフリカの中では低い感染率に鑑みれば、ガーナの課題は、いかに感染率を上げずに HIV/AIDS 克服への道を見つけるかにかかっているといえます。

問題として挙げられるのは、感染率が低いことから、HIV に関わる差別・スティグマなどが社会的に非常に強く見られること、後述しますが公的な ARV 治療拠点が少ないことです。

（２）HIV/AIDS の地域的動向

首都アクラや多くの地域では、感染率は５％未満に留まっていますが、東部州のコフォリデュア（Koforidua）周辺では７％程度、北部ブルキナ・ファソ国境のアッパー・イースト州や、西部コートディヴォワール国境の西部州では、同様に感染率が７％に達している地域もあります。国境における長距離トラック・ドライバーやセックス・ワーカーなどのヴァルネラブルな人口集団への予防対策をどのように進めるかが重要なポイントとなっています。

3. 日本への移住労働者の動向

在日ガーナ人からの聞き取りなどの情報を総合すると、ガーナから日本への移住労働者は約 4000～7000 人程度と推定されます。ガーナ人は、サハラ以南アフリカから移住労働者としては最も早く日本に足がかりを築いた人々で、早い人で 80 年代頃から日本に出稼ぎに来るようになりました。日本では、埼玉県南部を中心に北関東から東京にかけて、および愛知県などでコミュニティが作られています。埼玉南部などでは、ガーナ人が多く来るキリスト教会なども存在しています。工場などで働いている人々も多いですが、ナイジェリア人同様、ヒップホップ関係の服飾店など店舗経営で成功する人々もいます。

ガーナのどの地域から、どういった民族が日本に来ているかについては、残念ながら十分な情報がありませんが、ガーナの主要民族でやや内陸のクマシ周辺に在住するアカン人や、アクラ周辺に在住するガ人などの人々がやや多いように見受けられます。北部地域などからの人は少ないようです。

[8] 片親または両親を失った 17 歳以下の児童

4. HIV/AIDS への取り組み概要

（１）政府の政策

HIV/AIDS に対するガーナ政府のレスポンスで最初のものは、1985 年の「AIDS に関する国家技術委員会」（National Technical Committee on AIDS）で、1987 年に、これが「国家エイズ管理プログラム」（National AIDS Control Programme: NACP）に改組されました。その後 90 年代に、HIV/AIDS に関わる国家計画が形成・実施されました。

2000 年、ガーナの HIV/AIDS 対策は新しい段階を迎えます。大統領を議長とするガーナ・エイズ評議会（Ghana AIDS Commission）が設立され、政府・市民社会・民間企業・宗教系団体などが他分野連携（Multi-Sectoral Approach）に基づき HIV/AIDS 対策を展開する体制ができました。この委員会の下で 2001 年、「HIV/AIDS に関する国家戦略枠組み」（National Strategic Framework on HIV/AIDS, 2001-2005）が制定され、この枠組みの下で HIV/AIDS に関する行政が進むこととなりました。

2004 年 12 月、大統領は抗レトロウイルス（ARV）治療に関して、国が公的拠出を行うと声明、ARV 治療への安価なアクセスの道が一応、切り開かれました。ただ、他国にくらべ、ガーナの ARV 導入は必ずしも早くなく、規模も小さいものに留まっています。一方、同年、国連合同エイズ計画（UNAIDS）が「３つの統一」（Three Ones）原則を提唱して HIV/AIDS 対策のドナー機関・被援助国の協調体制作りに乗り出した段階で、ガーナは積極的にこの動きに関与し、現在、ガーナは「３つの統一」原則に依拠した HIV/AIDS 対策の典型的モデルが導入された国となっています。

（２）援助の動向

「３つの統一」原則は、各国家に一つの対策枠組み、一つの実施機関、一つのモニタリング・評価システムを整備して統合された施策を実施し、ドナーはこれを援助するというものです。ガーナは対策枠組みについては 2001-2005 年の「国家戦略枠組み」に続いて 2006 年以降の戦略枠組みを形成中であり、実施機関については、ガーナ・エイズ評議会のもとに対策が進められています。モニタリング・評価システムについては、ガーナは 2004 年、「国家モニタリング・評価プラン」（National Monitoring and Evaluation Plan）を策定し、HIV/AIDS に関わる各セクターをまとめた年次評価システムとして「パートナーシップ・フォーラム」を組織しています。さらに、HIV/AIDS 対策資金についても、「ガーナ・エイズ対策ファンド」（Ghana AIDS Response Fund: GARFund）というバスケット・ファンドを創設して援助資金の一本化とプログラム援助化を進めています。

このようにガーナは、形式上は、現代の国際的な HIV/AIDS 対策の典型的システムを先取りする形で対策を進めているわけですが、NGO からの聞き取りを進めていくと、必ずしも、これが意図したとおりに動いていないことが分かります。実際、治療へのアクセスについては、他国より進んでいる状況にはありませんし、差別・スティグマについても、非常に厳しい状況にあるようです。

（３）市民社会の動向

ガーナの HIV/AIDS に取り組む市民社会も、他国に比べて進んだ状況にあるとは必ずしも言えません。ケア・サポート NGO など、エイズ・サービス NGO の連合体として存在するのがガーナ・エイズ・ネットワーク（Ghana AIDS Network: GHANET）です。GHANET はガーナの HIV/AIDS 対策に関わる市民社会の参画と、市民社会内の情報流通の促進を主要課題としています。しかし、GHANET は前者についてはガーナ・エイズ評議会などに代表を送って役割を果たしているが、ナイジェリアの JAAIDS などと比較すると、情報流通について十分に機能していないと批判する NGO 活動家もいます。

また、HIV 陽性者のネットワークについては、1996 年に設立された「ウィズダム協会」（Wisdom Foundation）が事実上、その役割を果たしていうますが、現在のところ、公式な HIV 陽性者ネットワークとして創設されたものはありません。

こうした中で、首都・地方を問わず、小規模の HIV 陽性者組織、ケア・サポートグループが活動を展開している、というのがガーナの現状のようです。

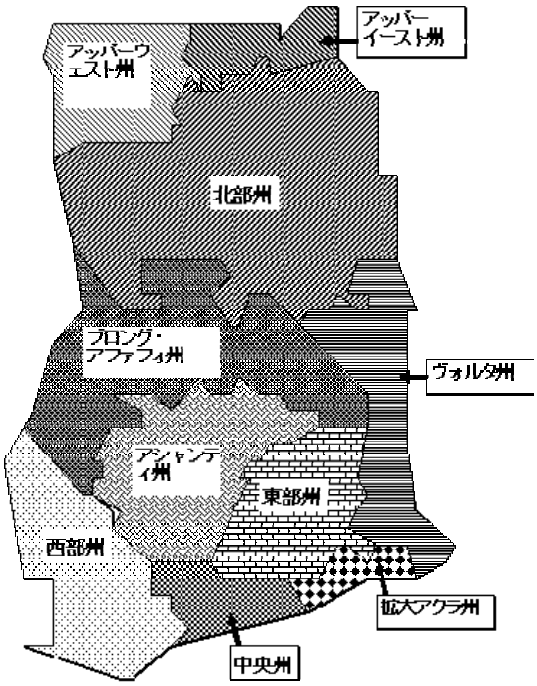


表１　ガーナの ARV 供給センター（2005 年 12 月現在）

州名	病院の名称
アクラ	コルレ・ブー教育病院　Korle Bu Teaching Hospital
拡大アクラ州	テマ総合病院（テマ）　Tema General Hospital
東部州	コフォリデュア病院　Koforidua Hospital
東部州	アトゥア政府病院　Atuah Governmental Hospital, Atua
東部州	セント・マーティン・デス・ポレス病院　St. Martin des Porres HospitalHospital
アシャンティ州	コンフォ・アモチェ教育病院 Konfo Amokye Teaching Hospital

表２：新しく治療を開始することが決まっている病院（以下の病院は、2005 年中に治療開始が決まっていた病院。当研究班として治療が開始されたことを確認している病院には*印をつけた。

州名	病院名・地名
アッパー・イースト州	ボルガタンガ地方病院（Bolgatanga Regional Hospital）・ボルガタンガ
中央州	中央地方病院（Central Regional Hospital）・ケープコースト
ヴォルタ州	ホー地方病院（Ho Regional Hospital）・ホー
東部州	東部地方病院（Eastern Regional Hospital）・コフォリデュア
拡大アクラ州	リッジ病院（Ridge Hospital）・アクラ、テマ政府病院（Tema Governmental Hospital）・テマ
西部州	タコラディ地方病院（Takoradi Regional Hospital）・セコンディ＝タコラディ
ブロング・アファホ州	スンヤニ地方病院（Sunyani Regional Hospital）・スンヤニ*
北部州	タマレ地方病院（Tamale Regional Hospital）・タマレ*
アッパー・ウェスト州	ワ地方病院（Wa Regional Hospital）・ワ

5. 治療へのアクセス

(1)ガーナ政府の ARV 供給サイト

ガーナには 2005 年 12 月現在、全土で合計６つの ARV 供給サイトがあります。名称は以下の通りです。

□首都アクラ　Accra

- コルレ・ブー教育病院　Korle Bu Teaching Hospital
  - ➢ アクラ西部コルレ・ブー地区の国立病院。

□拡大アクラ州　Greater Accra Region

- テマ総合病院（テマ）　Tema General Hospital
  - ➢ テマはアクラの東部に位置する都市。

□東部州　Eastern Region

- コフォリデュア病院　Koforidua Hospital
  - ➢ コフォリデュアは東部州の州都。
- アトゥア政府病院　Atuah Governmental Hospital, Atua
  - ➢ 東部州マニャ・クロボ Manya Krobo 地区に存在。
- セント・マーティン・デス・ポレス病院
- St. Martin des Porres HospitalHospital
  - ➢ 東部州アゴマニャ Agomanya に所在。

□アシャンティ州　Ashanti Region

- コンフォ・アモチェ教育病院 Konfo Amokye Teaching Hospital
  - ➢ アシャンティ州の州都クマシ kumasi に存在。

東部州に ARV 拠点が３つあるのは、ガーナの中で東部州の感染率が７％と比較的高いことにより、米国の国際 NGO であるファミリー・ヘルス・インターナショナル（FHI）がアトゥア政府病院、セント・マーティン・デス・ポレス病院での ARV 供給を開始したことによるものです。

一方、ガーナ全 10 州のうち、ARV 拠点があるのは、２００５年末までは上記３州に限られ、北部の広大な地域や、ヴォルタ川東岸のヴォルタ州、コートディヴォワールとの国境で感染率が高い西部州などでは ARV にアクセスできる公的な仕組みがありませんでした。この不均等は、特に北部の人々に極めて大きな不公平を強いてきました。とくにアッパー・イースト州や西部州には前述の通り感染率が７％以上に達する地域もあります。

ガーナ政府は、2005 年末までに、これまで治療が開始されていなかった７州の地域病院でも治療を開始する計画を持っていました。いくつかの州で、これが 2006 年になってから開始されたことが確認されました。前ページの表２は、2005 年に治療が開始されることになっていた病院です。すでに、ブロング・アファホ州のスンヤニ地域病院、北部州のタマレ地域病院などでも ARV 供給が開始されており、これらの開始により、北部での ARV アクセスが相当改善されているものと思われます。

(2)治療へのアクセス

このように、ガーナでは ARV 供給は他国に比べてもあまり進んでいない現状があります。また、治療への費用についても、無料化はなされておらず、現在、公的システムで ARV にアクセスするには、１ヶ月５万セディ(約７ドル程度)の費用がかかります。一方、かつては CD4 検査は 25 ドルしましたが、現在は上記治療拠点では無料化されているとのことです。

ガーナは南部に比べて北部が、また、都市に比べて農村部が圧倒的に貧困な状況にあります。北部のいくつかの州でも治療が開始された結果、北部の陽性者もある程度治療にアクセスできるようになりましたが、まだ、交通費の問題など、多くの解決すべき問題が残っています。

ガーナでは、ARV にアクセスしている人口が 2005 年末現在で推定 4000-6000 人程度と、あまりおおくありません。しかし、治療にアクセスできる人々も、国家計画の進展にしたがって、2006-7 年に向けて増加していくことと思われます。

6. ケア・サポート組織概要

ケア・サポート団体はたくさん存在していますが、今回の調査では、アクラ周辺に所在する４団体の事

務所に訪問してインタビューをすることができました。以下、紹介します。

ウィズダム協会　Wisdom Foundation

（取材：2005 年 12 月）

a)所在地：Fever Unit, Korle Bu Teaching Hospital, Accra

□アクラ最大の国立病院であるコルレ・ブー教育病院の敷地内の建物の一画に事務所を構えている。

b)活動趣旨・沿革

ガーナで組織されていた HIV 陽性者のグループなどが連合して、1996 年に結成された。ガーナでは HIV 陽性者グループの事実上のネットワークとして機能しており、現在、公式の HIV 陽性者ネットワークを立ち上げるために努力している。

c)ガーナの HIV/AIDS の問題

○ 治療へのアクセス不足：現在、ガーナには６つしか ARV 治療の拠点がなく、北部などには全く存在していない。そのため、北部の一般の人々は全く ARV にアクセスできない（□ちなみに、上流階級は ARV にアクセスしているとのこと）。

○ スティグマと貧困化：ガーナでは HIV 陽性者に対するスティグマが強力に残っており、HIV 陽性が判明すると、家庭から追放されるなどして一気に貧困化してしまうことが多い。スティグマの解消とともに、HIV 陽性者の収入向上活動が死活的に重要である。

○ 医療従事者の不足：ガーナの特に北部で ARV アクセスポイントがない理由として、医療従事者の不足が挙げられる。多くの医療従事者が欧米に流出してしまい、人材不足のせいで ARV 供給センターを設けられないという事情もある。

ガーナ・団結してエイズと闘う女性たち Woman United against AIDS in Ghana (WUAAG)

a)所在地：Off Coca-Cola Roundabout, Spintex Road, Accra

□首都アクラ郊外は地名が不完全であり、団体訪問において大きな支障がある。WUAAG はガーナ中心部から空港に近いテテ・クワシェ・インターチェンジ Tetteh Quarshie Interchange に行き、そこからスピンテックス・ロード Spintex Road を直進し、その行き止まりにあるコカ・コーラ・ラウンドアバウト Coca Cola Roundabout を右折、すぐにまた右折して舗装されていない道路を直進したところにある。

b)趣旨・沿革

・ガーナの HIV 陽性者・HIV に影響を受けた女性たちの全国組織という側面と、アクラ周辺の HIV 陽性者女性のケア・サポートを直接提供する組織という二側面を持っている。自身も HIV 陽性者のルーシー・メンサー氏 Ms. Lucy Mensah によって設立された。

c)活動内容

・HIV 陽性者女性・影響を受けた女性たちの自助活動、食糧支援、収入向上活動を展開している。現在、72 人の HIV 陽性者を対象に支援を行っている。

・また、HIV 陽性者の治療へのリファレンス等も行っている。医療拠点として連携を持っているのは、コルレ・ブー教育病院である。

d)ガーナの HIV/AIDS の問題

・スティグマが厳しいこと。これは、HIV に関する基本的な認識が多くの人に欠如していることから起きる。家具などを共有していると感染する、という誤解があるため、家族の一人が HIV に感染していることがわかると、その人を家庭から追放するなどのことが生じる。この点に鑑みても、スティグマの克服とともに、HIV 陽性者の食料支援や収入向上などが極めて重要である。

グッドウィル協会　Good Will Association

グッドウィル協会の外観とスタッフ

a)所在地：Abekan Fadama, Accra

□アクラ北部郊外のアベカン・ファダマ地区 Abekan Fadama に所在する。

b)趣旨・沿革

・ウィズダム協会の創立者の一人であるブランドフォード・イェボワー氏 Mr. Brandford Yeboah が新たに設立した組織で、HIV 陽性者や影響を受けた人々の治療リテラシーの向上および治療アドボカシーを実施することが主目的である。

c)活動内容

・アクラ近郊の HIV 陽性者の食料支援、社会心理的ケア（Psycho-social Care）、ポジティブ・リビングの推進などを行っている。現在、食料支援の対象としている HIV 陽性者は合計 150 人である。

・また、HIV 陽性者が、自らの病気を理解し、治療を適切にすすめることができるような治療リテラシー活動を実施している。また、ARV が必要な HIV 陽性者を治療につなげる活動も実施している。

d)ガーナの HIV/AIDS の問題

・ガーナの HIV/AIDS の問題は、ARV 拠点の少なさやスティグマの問題以外に、「３つの統一」などのドナー協調に関して、政府が十分な能力を有しておらず、具体的な成果がなかなか上がらないという点にある。

7. 国境を越えたリファレンスの方向性

上記のように、ガーナは国際的な HIV/AIDS 政策の方向性に従って形式上は適切に HIV/AIDS 対策を進めていますが、具体的なパフォーマンスの面では、必ずしも十分な進展があるとは言えない状況にあります。こうした状況で、日本で HIV 陽性が判明した在日ガーナ人が帰国して ARV にアクセスすることは、ナイジェリア同様、なかなか困難であると言えます。しかし、帰国先の地域によっては、うまくケア・サポート・グループなどに連絡を取り、病院を紹介してもらうなどを試みれば、アクセスを確保することは不可能なことではないと思われます。ナイジェリアと同様、以下のことに注意して聞き取りをすべきと考えられます。

○ ガーナのどの地域出身で、どの地方に帰国したいのか

○ 親戚・知人などに有力な政治家、軍人、政府職員、医師などが存在するか。

○ 現在の所持金はいくらくらいか。また、帰国先の家族・親戚などはどの程度の経済力を持っているか。

この聞き取りに従い、帰国先にあるサポートグループや医師などに連絡を取り、連携を作ることに力を注げば、可能性は十分にあります。地域的にいえば、首都アクラ周辺、東部州の特定地域、アシャンティ州のクマシなどに帰国する場合には、他地域に比べ、ARV へのアクセスを得られる可能性は相対的に高いといえます。

ケニア共和国
Republic of Kenya

1. 国のようす

(1)基礎的統計[9]

・面積：582,650 平方キロメートル-
・人口：3425.6 万人（2004 年）+
・民族：キクユ 22%、ルヒヤ 14%、ルオ 13%、カレンジン 12%、カンバ 11%　等-
・言語：英語・スワヒリ語（以上公用語）、キクユ語、ルオ語、その他民族語-
・国内総生産（GDP）：379 億ドル（2005 年）-
・経済成長率：5.8%（2005 年）-
・１人あたり国内総生産（購買力平価）：1140 ドル（2004 年）*
・家計収入分配に関するジニ係数：42.5（1997 年）+
・国連開発計画（UNDP）人間開発指数：0.491*
・人間開発指数ランク（177 カ国中）：152 位*
・５歳以下の児童の死亡率：男性 129 人, 女性 110 人/1000 人（2004 年）+
・誕生時平均余命：男性 51 歳、女性 50 歳（2004 年）+
・識字率：73.6%（2004 年）*
・大統領：ムワイ・キバキ（Mwai Kibaki）

(2)最近の政治情勢

ケニアでは独立以来、ケニア・アフリカ国民同盟（Kenya African National Union: KANU）が一党支配を行ってきましたが、独裁者として悪名高かったダニエル・アラップ・モイ前大統領が 2002 年に退陣、総選挙で KANU が敗北してムワイ・キバキ現大統領率いる「全国虹の連合」（Natoinal Rainbow Coalition）政権が確立しました。これにより、ケニアでも複数政党制民主主義による政権交代が実現しました。しかし、政権基盤は必ずしも安定しておらず、2004 年にも「虹の連合」内の各政党の対立が表面化、2005 年には政府が提出した憲法改正案が否決されるなど、不安定な要素もあります。2007 年 12 月には大統領選挙および国民議会選挙が予定されており、これにむけてケニアの複数政党制民主主義の定着度が測られることになります。

一方、腐敗で悪名高かったモイ政権の崩壊と民主政権の確立により、多くの先進国や国際機関がケニアへの援助を再開。それも一因となり、ここ数年、継続して高い経済成長が実現しています。

2. HIV/AIDS の概況

(1)HIV/AIDS の全国的動向

国連合同エイズ計画（UNAIDS）と世界保健機関（WHO）の推計によると、2005 年のケニアの成人（15-49 歳）の HIV 感染率は 6.1%、PLWHA の総人口は 130 万人となっています。2005 年中にエイズで亡くなった人は 14 万人、エイズによる遺児（片親または両親をエイズで亡くした児童）は 110 万人とされています。

ケニアでは、特に 2002 年の政権交代以降、HIV/AIDS 対策に膨大な資金援助と労力が注ぎ込まれています。その成果として、ここ数年、感染率に若干の低下傾向が見られます。しかし、この低下は全体的な傾向となったとまでは判断できない状況です。また、男性と女性の間の感染率低下の格差（女性の方が感染率の低下が鈍い）など、懸念すべき状況もあります。

(2)HIV/AIDS の地域的動向

ケニアの人口の多くは国の南部に集中しており、北部地域は一般に半乾燥・砂漠地帯で人口密度が低くなっています。ケニアの HIV 感染状況は地域によって大きな格差があります。2003 年末段階で、最も感染率が高くなっているのは、ヴィ

[9] -は CIA World Factbook、*は UNDP、+は WHO ウェブサイトより。

クトリア湖沿岸のニャンザ州で、この地域の感染率は推計で14%となっています。また、首都であるナイロビも、感染率9.1%と高くなっています。それ以外に、西部州および中央州の感染率が高い傾向にあります。海岸部を中心とする地域、および人口の少ない北部については、感染率は他地域より低くなっています。しかし、感染率が低く出ている地域は、HIV 検査などが十分に行われていないため、HIV 感染の状況が判明していない地域であると言うこともでき、これらの地域が実際に感染率の低い状況にあるかどうかは一概に判断できません。

(３)HIV/AIDS に関する政策動向

ケニアでは、1985 年に保健省内に「全国エイズ・性感染症対策プログラム」(NASCOP : National AIDS and STI Control Programme) が設立されましたが、その後の IMF・世銀による構造調整政策などの影響もあり、エイズ対策を必要・十分な規模で展開することはできませんでした。また、1978 年からのモイ長期政権においては、コンドームの使用に否定的なキリスト教会が政策形成に強い影響力を持っており、現実的なエイズ対策はほとんどとられませんでした。

HIV/AIDS 問題の深刻化とともに、政府は 1996 年から国家レベルの HIV/AIDS 政策の形成を再開しました。1997 年、国会が政府提出の HIV/AIDS 戦略を承認。1999 年、モイ大統領は HIV/AIDS が「国家的災厄」(National Disaster) であると宣言、同年、「国家エイズ対策委員会」(NACC : National AIDS Control Council) が大統領府直轄の省庁横断的なエイズ政策の最高決定機関として設立されました。

2000 年、NACC はケニアの国家エイズ戦略として「ケニア国家 HIV/DIS 戦略計画：2000～2005 年」を策定。これは、各省庁と民間セクター (NGO など) が連携して、2005 年までに HIV 感染率を２～３割低下させること、患者・感染者や HIV/AIDS の影響を受けている人々のケア・サポート体制を強化すること、そのために、あらゆるセクターの連携と各行政機関の機能強化を行うことを中心的な内容としたものでした。この計画のもとに、各省庁にエイズ対策ユニット (AIDS Control Unit)、各州・県・選挙区レベルにエイズ対策委員会がおかれました。

この国家エイズ戦略のもとで最も成長したのが、「自発的カウンセリング・検査」(VCT:Voluntary Counselling and Testing) の体制でした。ケニア政府は米国の国際 NGO であるファミリー・ヘルス・インターナショナル (FHI:Family Health International) と連携して国の VCT ガイドラインを制定し、専門の VCT カウンセラー育成コースも設置されました。2004 年現在までに、VCT はナイロビ市内だけで 60 箇所以上、全国で 200 箇所以上を数えるに至りました。

一方、ケアおよび治療に関しては、2005 年・2006 年の２年間で、状況は大きく進展しました。2004 年頃までは、政府は各種政策目標やガイドラインを制定するばかりで、実施は NGO や PLWHA 団体、治療はキリスト教系の病院などに任されてきました。しかし、2005-6 年の２年間で公共セクターにおける治療の実施は飛躍的に向上し、2004 年段階で、公的セクターでの治療アクセスは千人しかなかったところが、現在では 10 万人近くに達しており、国内で ARV にアクセス出来ている人口は 2006 年末現在で 10 万人を越えていると推定されています。

(４)個別の動向

a)ケア・サポートの動向

首都であるナイロビ市内には、PLWHA や HIV/AIDS に影響を受けた人々のケア・サポートを担う組織が複数あり、公立病院などとも協力して、ホーム・ベースド・ケアなどの活動を活発に展開しています。これらの組織の多くは、主に 90 年代に PLWHA によって組織され、国際 NGO や先進国の援助機関等の支援によって活動を安定・強化させた組織で、これらの団体の一部は、ナイロビ以外に、ニャンザ州・西部州、中央州、海岸部州などにも支部を持って活動を展開しています。

ナイロビ以外の地方の拠点都市でも、HIV/AIDS に関わるケア・サポートの活動は見受けられますが、ナイロビほど積極的には展開されていません。

ケニアでは、これらの NGO 活動の分布は地域的に一定の偏りがあり、多くの NGO が首都ナイロビおよびその周辺（中央州）およびルオ人の人口が多いヴィクトリア湖東岸のニャンザ州・西部州などに集中しています。一方、国の北半分を占める半乾燥地帯や東部・北東部などでは、こうした活動は十分には展開されていません。

b)治療の動向

ケニアで 90 年代後半から一定の計画のもとに進んできた HIV/AIDS 対策は、段階を追って実践に移されてきました。最初にケア・サポートおよび自発的カウンセリング・検査（VCT）の普及が段階的に行われ、2004 年頃までには、ナイロビ市内を始め、国内の主要地域において VCT にアクセスすることは以前に比べてかなり容易になりました。その後、2005 年・6 年の２年間で HIV 治療へのアクセスが急拡大し、現在では、公的医療・民間医療含め合計して 10 万人以上の治療アクセスが実現しています。

現在、公的医療機関で ARV が提供されているのは、全国８つの州立病院（Provincial Hospital）および地域病院（District Hospital）。また、準地域病院（Sub-District Hospital）の多くでも ARV 治療へのアクセスが実現しています。例えばニャンザ州では、州全体で 115 箇所の HIV/AIDS 包括的ケアセンター（CCC）のうち、65 箇所で治療が実施されています（2006 年末現在）。

ARV の供給に関しても、以前に比べて問題は少なくなり、安定供給がなされています。一方、日和見感染症の治療薬に関しては、統一的なサービスが開始されたばかりで、まだ供給システムが安定しておらず、アクセスに難があることもあるようです。

診断検査については、CD4 検査は、以前は首都の民間病院等でしかアクセスできませんでしたが、最近では、州立病院などへの導入が進み、以前よりは格段にアクセスがよくなってきています。一方、ウイルス量検査については導入は進んでいません。

一方、公的医療による ARV 供給の拡大以前に ARV 供給の主力となってきたキリスト教系民間病院も、以前に比べその重要性は相対化されてきていますが、きめの細かなサービスなどによって重要な役割を果たしています。

c)治療費について

2003 年段階で政府が導入した公的医療での ARV プログラムは、政府と HIV 陽性者が費用を折半する形でしたが、現在では、HIV 陽性者の費用負担は全敗され、ARV アクセスは無料で提供されています。また、CD4 検査についても原則的には無料となっています。日和見感染症の治療薬へのアクセスも原則的には無料で行われています。

d)治療アクセスに関する問題

このように、ケニアにおける HIV/AIDS 治療は 2005-6 年の２年間で格段に進みました。その理由は、国家計画のもとに、ドナーの資金及び技術協力が進行したことにあります。治療については、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の資金援助と技術協力がとくに大きな要因となっています。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金による資金拠出も、治療の拡大には有効に機能しています。

一方、ケニアの北半分および東部の多くを占めるアプローチが困難な地域においては、治療へのアクセスはこのような飛躍的な進歩を見せておらず、大きな格差が生じていると言えます。

2. ケア・サポートを行うNGO・当事者組織等に関する情報

以下の２・３に掲載した情報は、2004 年７月 24 日～８月３日および８月９日にケニア国内で行った現地調査、それ以前に行った準備調査、およびそれ以降 2007 年初までに行った追加的な問い合わせ等によって得られたものです。

(１)全国のNGOネットワーク

Kenya AIDS NGO Consortium
ケニア・エイズ NGO 連合

a) **住所**：Chaka Road, Off Argwings Kodhek Road, P.O.Box 69866-00400, Nairobi Kenya

b) **ウェブサイト**：http://www.kanco.org

c) **支部**：

・以下の都市に「情報センター」（Resource Centre）を設置している。
モンバサ（Monbasa）：コースト州
ナクル（Nakuru）：リフト・バレー州
カカメガ（Kakamega）：西部州

d) **参加団体**：

・ケニア全国で大小合計 700 以上の NGO が参加している。

e) **活動内容**

・ケニアの全国および州・県レベルで HIV/AIDS に取り組む NGO のネットワーキングを行い、活用できる資源の共有や活動面での協力を促進する。
・HIV/AIDS に関わる NGO の能力向上のための活動を実施する。
・HIV/AIDS に関する情報センターをナイロビや地域の拠点都市に設置し、ケニアの HIV/AIDS に関わる各種の情報の入手・流通をはかる。
・HIV/AIDS に関わる NGO で政策形成を行い、政府や国際機関等に対して、適切な政策の実現を提唱していく。（NASCOP との定期協議会を開催している）

f) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・KANCO はケニアで HIV/AIDS に関わって活動する NGO 等 700 団体が加盟する大きなネットワークであり、ケニアで HIV/AIDS について活動する NGO のデータベースなども発行している（「AIDS in Kenya: A Directory of AIDS Service Organizations Working in Kenya」）。このデータベースは、かなり小規模な都市や地方における HIV/AIDS 活動を行う組織もカバーしているため、ケニアの首都から離れた遠隔地に帰る PLWHA のリファレンス体制を帰国前に作る上で有効に機能すると思われる。
・また、ナイロビの KANCO 本部に併設してある HIV/AIDS 情報センターは、ケニアの HIV/AIDS に関する各種資料が取りそろえられており、特定地域における HIV/AIDS に関わる活動や、具体的な NGO の活動、プロジェクトの実施状況などを知る上でも有効と思われる。

The Association of People with AIDS in Kenya(TAPWAK)
ケニア・AIDS と共に生きる人々の協会

a) **住所**：P.O.Box 30583-00100, Nairobi

b) **支部**：以下の支部の存在が確認できている。

・キスム（The Association of People with AIDS in Kenya Kisumu)
P.O.Box 4247, Kisumu
・ナクル（TAPWAN, The Association of People with AIDS Nakuru)

c) **活動内容**

・ナクルの TAPWAN では、PLWHA による HIV/AIDS 予防啓発（PLWHA が学校や教会などに行って予防啓発メッセージを含む講演などをする）、PLWHA のハーバル・ケア、ホーム・ベースド・ケアの訓練などを実施している。

d) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・ナイロビには PLWHA の当事者組織が多く存在するが、TAPWAK は、ナイロビおよび地方の PLWHA 組織の緩い連合体として位置付けられると思われる。また、ナクルのように、都市によっては、積極的な活動が見られるところもある。このため、PLWHA の帰国先の地方によっては、PLWHA グループとの連携に関する情報を得る上で何らかの協力が得られるかも知れない。

（２）HIV/AIDS のケア・サポートを行う NGO（ナイロビに本部のある団体）

Kenya Network of Women with AIDS (KENWA)
ケニア・エイズとともに生きる女性たちのネットワーク

a) **住所**：2nd. Floor, City gate House, Opposite Cartex Gas Station, Murang'a Road, P.O.Box 10001 00100-Nairobi, Kenya

b) **ウェブサイト**：http://www.kenwa.org/

c) **支部**：

・本部はナイロビ北部のパンガニ（Pangani）に所在。診療所、VCT センター、ドロップ・イン・センターも事務所に併設されている。

・ナイロビの４つの貧困地域（Mathare, Korogosho, Soweto, Kiambiu）にドロップ・イン・センターを持ち、日常的に活動を展開。

・中央州のチカ（Thika）、ムランガ（Murang'a）に事務所兼ドロップ・イン・センターが所在。

d) **参加団体**

・執行責任者のアスンタ・ワグラ氏（Ms. Asunta Wagura, OGW）はケニアの世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）国別調整メカニズム（CCM:Country Coordination Mechanism）の PLWHA 代表委員を務める。

e) **活動内容**

・ナイロビの人口の 60%を占めるスラム・貧困地区の PLWHA のホーム・ベースド・ケア、相互扶助。

・本部の診療所での PLWHA の日和見感染症治療。ARV による治療も一部で開始している。また、各ドロップ・イン・センターでも巡回診療を行う。

・同地域での遺児・脆弱な児童（OVC: Orphans and Vulnerable Children）への給食サービス・情操教育。

・学校や地域、マスメディアによる HIV/AIDS 予防・啓発活動。（PLWHA のスピーカーによる講演、新聞などマスコミを活用した予防啓発）

f) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・KENWA は、ナイロビの貧困地区の中でも、他の NGO の手が届いていない地域で重要なケア・サポート活動を担っている当事者 NGO である。

・90 年代初頭に結成されて以降、PLWHA のケア・サポートを軸に地道に活動を展開してきており、国際機関・援助機関などの評価も高い。

・在日ケニア人の PLWHA がナイロビや中央州に帰国する場合、KENWA にリファレンスすることによって、ケア・サポート、日和見感染症治療、ART などへのアクセスが切り開ける可能性がある。

Kibera Community Self Help Programme (KICOSHEP)
キベラ・コミュニティ自助プログラム

a) **住所**：Kabarnet Lane off, Ngong Road Opposite Vera Beauty College, P.O.Box 49531 Nairobi, Kenya

b) **支部**

・ナイロビ中央部に位置する市内最大のスラムであるキベラ・スラムに４つの VCT センター、ナイロビ西部に１つの VCT センターを設置している。また、キベラ地区に診療所およびドロップ・イン・センターを設置している。

c) **活動内容**

・ナイロビ最大のスラムに根を下ろして活動している団体。

・VCT サービスをとっかかりとして、キベラ地区において、診療所、ドロップ・イン・センターを設置し、PLWHA に対するケア・医療、所得向上活動などを行っている。

・また、キベラ地区におけるエイズ遺児のケアも行っている。

d) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・在日ケニア人の PLWHA で、ナイロビ市内が帰国先である場合、この団体にアクセスすることで、ケア・治療などにアクセスできる可能性がある。

Liverpool VCT and Care (LVCT)
リヴァプール VCT・ケア

a) **住所**：Off Arwing Kodhek Rd, Hurlingham, P.O.Box 45640-00100, Nairobi, Kenya
b) **ウェブサイト** http://www.liverpoolvct.org
c) **支部**
・本部はナイロビの中高級住宅街ハーリンガムに位置する。
・ナイロビ市内に５つの VCT センターを有する。
・その他、コースト州マリンディ Malindi に１つ、東部州エンブ Embu に１つ、西部のニャンザ州に３つの VCT センターを運営する。
d) **活動内容**
・英国のリヴァプール大学が設けたケニアの VCT サービス NGO の老舗。
・VCT サービスから、ケア・サポートにどうつなげていくか（Care Continuum）を実践しており、ポスト・テスト・クラブなどによって心理・社会的ケア（Psychosocial care）を提供している。
・VCT サービスや事前・事後のカウンセリング、他サービス面では定評がある。
・VCT カウンセラーの養成も行っている。
e) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**
・ナイロビの他、コースト州、東部州、ニャンザ州等、LVCT の活動地におけるケア・サポート、治療等の情報を入手することができる可能性がある。
・ HIV 感染を心配しているケニアへの帰国者に VCT を勧める場合、安心して勧められる受検先の一つである。

Movement of Men against AIDS Kenya (MMAAK）
ケニア・エイズに取り組む男性運動

a) **住所**：Metropolitan Hospital, Buru Buru Phase 3, P.O.Box 60778-00200, Nairobi, Kenya
b) **支部**
・本部はナイロビ東部ブルブル地区にある。
・支部はニャンザ州のタンザニア国境沿いの町ミゴリ（Migori）、中央州カタリナ（Katarina）、コースト州モンバサ（Mombasa）にある。
c) **活動内容**
・本部はブルブル地区にある「メトロポリタン病院」に併設されており、VCT、ケア、治療などを包括的に実施している。
・男性の PLWHA のケア・サポートを中心的課題として取り組んでいる。ホーム・ベースド・ケア、ケニヤッタ国立病院と提携しての男性のグループ・セラピーの実施などを中心に活動している。
・グラクソ・スミスクライン社（Glaxo SmithKline）の「ポジティブ・アクション」（Positive Action）プログラム、および米国の NGO「アフリカ保健基金」（African Health Fund）と提携して、小規模ではあるが独自の ARV プログラムを行っている。
・「陽性者労働組合」（PWU: Positive Workers Union）を発足させ、PLWHA の労働権の問題などについても取り組んでいる。
d) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**
・在日ケニア人の男性の PLWHA が、MMAAK の本部・支部のある地域に帰国する場合、MMAAK にリファレンスを行うことによって、治療・ケアを受けられる可能性が高まる。
・また、そうでない場合でも、帰国先の情報に一定程度アクセスできる可能性がある。

Society of Women and AIDS Kenya (SWAK)
ケニア・エイズと女性協会

a) **住所** P.O.Box 21526, Nairobi, Kenya
b) **支部**
・本部はナイロビの中高級住宅地域であるハーリンガム付近、Ngong Road の北側に面した場所にある。
・支部としては、西部州カカメガ（Kakamega）に一つ存在する。
c) **活動内容**
・女性の HIV/AIDS 問題と、コミュニティにおける女性のエンパワーメントに焦点を当て、全国レベルでのアドボカシー活動などを実施している。
d) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・在日ケニア人 PLWHA 女性の帰国先の NGO や医療、女性の権利等に関する情報を得ることができる可能性がある。

Women Fighting AIDS Kenya (WOFAK)
ケニア・エイズと闘う女性協会

a) 住所：P.O.Box 35168 00200, Nairobi, Kenya
b) ウェブサイト：http://www.wofak.or.ke
c) 支部
・本部はナイロビの中高級住宅地域であるハーリンガム付近、Ngong Road の北側に面した場所にある。
・情報センターと現地事務所（Field Office）はナイロビの東部にあるカヨレ（Kayole）、同じくナイロビのスラム街であるコロゴショ（Korogocho）、西部州のブシア（Busia）、ニャンザ州のキスム（Kisumu）およびホマ・ベイ（Homa Bay）、コースト州のモンバサ（Mombasa）にある。
d) 活動内容
・1993 年に PLWHA 女性たちのグループとして形成された団体で、女性の PLWHA のホーム・ベースド・ケア、所得向上活動、エイズ遺児の支援などを各地で展開している。
・ナイロビ各地の VCT センターで陽性が判明した人たちのグループ・セラピーや個人カウンセリングなどを行う。また、状態が悪くなった人たちにホーム・ベースド・ケアを提供する。
・治療については、グラクソ・スミスクライン社の「Positive Action」、フランスの SIDACTION、米国の NGO である AIDSETI (AIDS Empowerment and Treatment International）の支援を得て、小規模であるが独自の ARV 治療プログラムを実施している。
・治療リテラシーに関わるプログラムも実施している。
e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割
・ナイロビ以外に、西部州、ニャンザ州、コースト州のいくつかの都市で女性の PLWHA のケア・サポートおよび治療を展開している。PLWHA の女性がこの地域に帰国する場合、WOFAK へのリファレンスによって、ケア・サポートや治療へのアクセスの可能性が出てくる。
・また、周辺地域におけるケア・サポートや治療の情報を得ることができる。

（３）HIV/AIDS のケア・サポートを行う NGO（地方を中心に展開する団体）

※ケニア全体には、HIV/AIDS に関わる NGO が数多くあります。本件調査は、ケニア共和国全体をカバーする調査とはなっていません。特定の地域についてより深く知りたい場合については、上記の NGO などのつてをたどって調べていくことが可能と思います。

International Community for the Relief of Starvation and Suffering (ICROSS)
飢餓・苦難救済のための国際コミュニティ

a) 住所：Finance House, P.O.Box 13208, Nakuru, Kenya
b) ウェブサイト：
http://www.icross-international.net/
c) 支部
・ICROSS はアイルランド人によって創設された国際 NGO で、ケニアでは 1978 年から活動を開始している。
・ニャンザ州のボンド（Bondo）、西部州のブンゴマ（Bungoma）およびリフトバレー州のナクル（Nakuru）に地域事務所を設置している。
d) 活動内容
・リフトバレー州のナクル周辺の地域全体で、多くのヘルス・ボランティアによるホーム・ベースド・ケアをコーディネートしている。
・ヘルス・ボランティアには PLWHA も参加しており、ICROSS は PLWHA グループの活動や組織化も支援している。
・ニャンザ州においても、ホーム・ベースド・ケアを展開している。
・西部州では、エイズ遺児のサポート等を中心に活動を展開している。
e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割
・この地域におけるケアおよび治療の状況について、より詳細な情報を得られる可能性がある。

・PLWHA が日本からこの地域に帰国する場合、ICROSS にリファレンスすることで、ケア・サポートなどへのアクセスが得られる可能性が高くなる。

3. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報

(1)HIV/AIDS 治療を行っている公立医療機関

Kenyatta National Hospital (KNH)
ケニヤッタ国立病院

a) **住所**：Kenyatta National Hospital, Ngong Road, Nairobi, Kenya

b) **事業内容**

・KNH に設置されている「包括的ケアセンター」（CCC: Comprehensive Care Centre）において、ART および日和見感染症治療を実施している。

・使用する治療薬は、第１選択処方としては、途上国で最も一般的な d4T+3TC+ネビラピンの組み合わせである。

c) **治療へのアクセス**

・KNH には VCT センターが設置されており、そこで陽性と出てリファーされる人が多い。PLWHA の心理面でのケアは、他の病気と合わせて患者サポートセンター（Patient Support Centre）で提供されており、この３つのセンターの連携で KNH の HIV 医療が実現している。

d) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・KNH は巨大な病院であり、内部の機構も複雑である。一般の PLWHA が単独で病院を訪問しても、CCC にたどり着けるかどうか分からないというのが実情と思われる。ちなみに KNH の VCT センターへのアクセスはそれほど難しくないと思われる。

・この点に鑑みれば、まず上記の NGO などを訪問し、そこからリファレンスを受けて KNH を受診するのが、より確実なルートかも知れない。

・日本人医師による紹介状などがあると、受診に際して有効性がある可能性がある。

その他の公立病院

a) **状況**：ケニアを構成する８州（Province）の州都の州立病院および州を構成する各地域（District）の地域病院（District Hospital）では ARV 治療が実施されており、地域によっては、準地域病院（Sub-District Hospital）においても ARV 治療が実施されている。これらの ARV 供給を行う病院は「包括的ケアセンター」（Comprehensive Care Center: CCC）を設置し、VCT センターや地域の NGO との連携のもとに治療が行われている。

参考：ケニアの州と州都

北東部州	ガリッサ　Garissa
東部州	エンブ　Embu
コースト州	モンバサ　Mombasa
中央州	ニェリ　Nyeri
ナイロビ州	ナイロビ　Nairobi
リフト・バレー州	ナクル　Nakuru
ニャンザ州	キスム　Kisumu
西部州	カカメガ　Kakamega

c) **在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割**

・これらの病院は、ART を含む HIV/AIDS 治療の拠点として活用できる可能性がある。

(2)無料・廉価で HIV/AIDS 治療を行っている NGO・医療機関

Nazareth Hospital and other Missionary Hospitals
ナザレス病院・他のキリスト教系病院

a) **住所**：ナザレス病院：Limuru, Kiambu District, Central Province, Kenya. (P.O.Box 49682-00100 Nairobi)

b) **事業内容**：

・ケニアで最大の ART 供給主体はミッション系病院であり、カトリック、プロテスタント合わせて合計 57 医療機関が ART も含めた HIV/AIDS 医療を提供している。ナザレス病院は、ミッション系病院の中でも早い段階から HIV/AIDS 治療

を実施してきた病院である。

・ART の価格は 500-1500 ケニア・シリング（700-2200 円程度）で薬の種類によって異なる。提供される ARV の種類は、第一レジメンは d4T+3TC+ネビラピンである。ミッション系病院における ARV その他治療薬の流通は、MEDS（Mission for Essential Drugs：キリスト教系の必須医薬品流通システム）が担っている。

・治療費が高いこと、遠距離からの場合交通費がかかることなどから、治療を中断する人も一定数存在している。また、CD4 測定装置などはなく、治療モニタリングは体重変化や症候の有無の把握により実施している。

c) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・ミッション系病院は、北部の人口希薄地域も含めてケニア全体に分布しており、地方における、ART を含む HIV/AIDS 治療の重要な担い手である。

・在日ケニア人の PLWHA が地方に帰国する場合、例えばナザレス病院から、ミッション系病院に関する情報を得てリファレンスすることにより、治療にアクセスする可能性が高くなる。

Medicins Sans Frontieres
国境なき医師団

a) 状況

・「国境なき医師団」（MSF）は、ケニア各地において ART のパイロット・プロジェクトを実施している。およそ、以下のような配置となっている。

MSF ベルギー：ナイロビ・バガシ病院（Mbagathi Hospital）、キベラ

MSF フランス：ナイロビ・マザレ（Mathare）、ニャンザ州ホマベイ（Homa Bay）

MSF スペイン：西部州ブシア（Busia）

b) ウェブサイト：http://www.msf.org/

e) 事業内容

・MSF は、途上国における ART の実現を目指して、2001 年以降、途上国各地で ART のパイロットプログラムを実施している。

・このうち MSF ベルギーは、バガシ病院での ART と、ナイロビ最大のスラムであるキベラのとくに南部地域における VCT サービスの実践とを結びつけ、VCT からケア・治療への連携を目指している。ケアについては、地域の NGO を訓練し活用する方向性をとっている。

・MSF ベルギーのバガシ病院での ART プロジェクトについては、現在 500 人が ART を受けている。治療費は無料。

f) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・MSF の ART パイロット・プロジェクトは無料であり、貧困層でも ART にアクセスできる可能性を開いている点で重要である。

・プロジェクト・サイトは限られているが、これらの地域に帰国する場合には、MSF の ART サイトにアクセスすることによって ART を受けられる可能性が開けるものと思われる。

ウガンダ共和国
Republic of Uganda

1. 概況

(1)基礎的統計[10]

・面積：236,040 平方キロメートル-
・人口：2885.5 万人（2005 年）+
・民族：バガンダ人（17%）、アンコーレ人（８%）、バソガ人（８%）、イテソ人（８%）等-
・言語：英語（公用語）、ルガンダ語、スワヒリ語、その他-
・国内総生産（GDP）：477.6 億ドル（2005 年）-
・経済成長率：5.5%（2003 年）
・１人あたり国内総生産：1,800 ドル（2005 年）
・国連開発計画（UNDP）人間開発指数：0.502*
・人間開発指数ランク（177 カ国中）：145 位*
・家計収入分配に関するジニ係数：42.5（1997 年）*
・５歳以下の児童の死亡率：男性 144 人・女性 132 人/1000 人（2004 年）+
・誕生時平均余命：男性 48 歳、女性 51 歳（2004 年）+
・識字率：73.6%（2003 年）*
・大統領：ヨウェリ・カグタ・ムセヴェニ（Yoweri Kaguta Museveni）

(2)政治概況

悪名を極めたウガンダのイディ・アミン軍事政権は 78 年のタンザニア軍の侵攻・占領によって打倒され、初代首相のオボテが政権に復帰しました。これに対し、「国民抵抗運動」（NRM）を結成して内戦に突入したムセヴェニは、5 年後の 1986 年、旧体制を打倒して政権を確立しました。独立以降、破壊されてきた社会・経済活動やインフラはムセヴェニ政権下で再建され、80 年代末から 90 年代にかけて、ウガンダは急速な経済発展を見ました。エイズについても 80 年代末期から国を挙げての取り組みが展開され、90 年代には 20%を越えた感染率は現在、４%台に落ち着いています。一方、98 年のコンゴ内戦への介入以降、ムセヴェニ政権への評価は低下し、腐敗や独裁などの問題が指摘されるようになっています。

ムセヴェニ政権は 2006 年の大統領選挙に向けて、国民投票により、これまでの国家統治の基本をなしてきた「非政党・非分裂・運動を基礎とした民主主義」（Non-Party, Non-Partisan, Movement-based Democracy：地方自治組織を基礎とし、選挙においては政党としての立候補を認めない独特の統治システム）から複数政党制民主主義へと移行し、同時に憲法を改正して大統領の三選禁止規定を撤廃しました。その上で、ムセヴェニは対立候補のキッサ・ベシジェ Kissa Besigye を破って当選しました。

一方、北部では 80 年代末から続く「神の抵抗軍」（Lord's Resistance Army）のゲリラ活動などによって治安や民生が極めて悪化した状態となっており、政府軍の責任も指摘されています。現在、スーダン南部の内戦終結に伴い、南部スーダン自治政府（GOSS）の調停により、ウガンダ政府と「神の抵抗軍」の和平交渉が行われています。

2. HIV/AIDS の概況

(1)HIV/AIDS の全国的動向

UNAIDS と WHO の推計によると、2005 年末の成人（15-49 歳）感染率は 6.7%、全人口に占める PLWHA の人口は 100 万人となっています。2003 年中に AIDS で亡くなった人は 91,000 人、エイズによる遺児の人口は 100 万人とされています。

(2)HIV/AIDS の地域的動向

ウガンダでは、80 年代から 90 年代前半にかけて、とくに西部地域（ヴィクトリア湖の西岸地域）

[10] -は CIA The World Factbook, *は UNDP、+は WHO によるデータ。

で HIV 感染が大規模に拡大し、地域によっては妊産婦の HIV 感染率が 30%に達した地域もありました。現在、これらの地域の感染率も 10%程度に下がってきていますが、まだ全国平均と比較して西部地域の感染率は高い状況にあります。

一方、「神の抵抗軍」との戦争状態の継続などで混乱状態の続く北部地域については、HIV/AIDS に関する対策の実施が十分にできていないこと、紛争地であり、多くの兵士やゲリラなどが存在していることから、今後、HIV 感染の拡大が懸念されています。実際、紛争の中心地域であるグル県（Gulu District）のラコル Lacor では、妊産婦の感染率の減少が他地域と比べて少なく、現在でも 11.3%を記録しており、今後が懸念されます。

(３)HIV/AIDS に関する政策動向

ウガンダはサハラ以南アフリカで最も早くから、政府のリーダーシップのもとに HIV/AIDS 対策が強力に実現された国です。国民抵抗運動・ムセヴェニ政権は 1986 年の政権掌握以降、すぐに WHO との連携のもとに「ウガンダ・エイズ管理プログラム」を設立し、HIV/AIDS 対策に乗り出しました。当時、すでにウガンダ西部を始めとして HIV/AIDS による非常に大きなインパクトが生じており、PLWHA に対するケアのニーズを満たすために多くの NGO が作られました。政府が HIV/AIDS に対してオープンな姿勢をとったこともあって、有名な歌手や宗教者などのカミングアウトもあり、HIV/AIDS に対する理解も進みました。

1992 年、ウガンダ政府は、これらの NGO の活動を国家のエイズ対策に組み入れていくため、「ウガンダ・エイズ委員会」（UAC）を設立、NGO や PLWHA グループ、民間セクターなども含めたセクター間連携による取組体制を整えました。また、1993 年から、国家エイズ戦略枠組に基づいた政策展開が実施されました。

ウガンダの HIV/AIDS 対策の特徴は、a)初期の HIV/AIDS の拡大による緊急のニーズに対応するため、ケア・サポートを中心とした NGO や PLWHA グループの活動が対策の中心となったこと、b)政府がこれらの NGO と連携してオープンな対策姿勢をとり続けたことや、著名な歌手・宗教者などが HIV 感染者としてカミングアウトしたことにより、PLWHA に対する差別・スティグマが一定、緩和されたこと、c)政府が提唱した「ABC モデル」（禁欲＝Abstinence、貞操＝Be Faithful、コンドーム＝Use a Condom）により、対策にコンドームが位置付けられ、政策レベルではコンドームの普及に相当程度の力量が割かれたことによって、予防対策においても一定の成果が見られたこと、です。

これにより、ウガンダでは 90 年代後半以降、目に見えて感染率が低下し、一時は 20%近くあった感染率が、2003 年には４%前後に落ち着きました。ウガンダは、サハラ以南アフリカでは唯一の「エイズ対策成功国」として位置付けられています。

しかし、2006 年に国連合同エイズ計画（UNAIDS）が発表した年次報告によると、ウガンダで感染率が再び上昇する傾向が見られており、実際、2005 年の感染率は 6.7%へと上がっています。UNAIDS はレポートでウガンダでの感染率の上昇を注目すべき事項として指摘しています。

ウガンダの感染率上昇の理由ははっきりとはしませんが、一般的に指摘されていることとして、ウガンダは米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の「モデル国」として、2000 年以降、米国が推奨する「禁欲・貞操」（Abstinence and Be-faithful）モデルによるエイズ予防政策に力を入れ、90 年代に積極的に行われていたコンドームの供給が十分になされなくなりました。その影響が出ているのではないかとの指摘もあります。

また、ウガンダのエイズ対策は、そもそも一般人口において HIV の感染が急速に拡大したことに端を発しており、一般人口への対策としては優れていても、セックス・ワーカーや男性とセックスをする男性（MSM）に対する個別の対策は殆ど行われていません。感染率が下がった段階でこれらのグループへの対策をとらないと、今後、これらの感染が全体に広がり、感染が再び拡大する可能性もあります。また、紛争により対策が十分に出来ていない北部で、今後問題が深刻化する可能性もあります。

（４）個別の動向

a) ケア・サポートの動向

上に見たように、ウガンダでは、80 年代～90 年代に、急速な感染・発症の拡大でケア・サポートへのニーズが急速に増大し、それに対応して多くの NGO が作られました。これらの NGO は、全国的なネットワークを作って、もしくは組織を拡大して全国規模で活動を展開しており、ケア・サポートについてのアクセスは、地域にもよりますが、東部・南部・西部などにおいては、一定程度実現していると考えられます。

一方、北部については、紛争の影響が深刻であり、北西部のアルーア Arua、最北部のモヨ Moyo など一部の町を除いて、ケア・サポートに関わる NGO などは十分に活動できていないことが懸念されます。

b) 治療の動向

WHO の推計によると、2005 年６月の段階で、ウガンダで ARV 治療を受けている人々は合計 64,000 人です。これは、ウガンダで ARV を必要としている人口 114,000 人の半分を超えており、ウガンダは WHO/UNAIDS が提唱した「３×５イニシアティブ」（2005 年末までに、途上国で治療が必要な人々の半分に治療を供給する）を達成しています。サハラ以南アフリカでこの目標を達成したのは、ウガンダとボツワナのみです。

ウガンダにおける ARV 治療の国家計画の誕生は早く、1997 年にすでに「HIV 治療薬アクセス・イニシアティブ」（HIV Drug Access Initiative）が形成され、2000 年には保健省が「国家抗レトロウイルス治療アクセス委員会」を発足させて、1,000 人に ARV を供給しました。

ウガンダの ARV 供給プログラムは複数ありますが、その中で最大のものは、首都カンパラにある「合同臨床研究センター」（Joint Clinical Research Centre: JCRC）によるもので、2005 年の段階では、12,500 人が治療を受けています。JCRC は保健省と国防省およびマケレレ大学によって設置された機関であり、現在のところ、単一の組織としては、サハラ以南アフリカで最大の ART 供給機関となっています。JCRC の ARV 供給プログラムは、ジェネリック薬を実費で購入するもので、年間 400 ドル程度の費用が必要ということです。

これ以外に、ウガンダ政府による無料の ARV 供給プログラムがあります。このプログラムは、世界銀行の多国間エイズプログラム（MAP: Multi-Country AIDS Programme）と米国大統領エイズ救済緊急計画（President's Emergency Plan for AIDS Relief：PEPFAR）の資金によるものです。2005 年６月段階で、このプログラムで治療を受けている人々は合計 10,600 人に増加しています。

その他、NGO や企業による ARV プログラムもあります。ウガンダで最も長い歴史を持つエイズ・サービス NGO である「エイズ支援機構」（The AIDS Support Organization：TASO）は米国 PEPFAR の資金などにより「ウガンダ・ケアズ・プログラム」（Uganda Cares Program）という無料の ARV 供給を開始し、数千人が治療を受けています。その他、地方都市でも、TASO 以外に複数の NGO が無料での ARV 供給プログラムを実施しています。また、ウガンダ中央銀行（Bank of Uganda）は従業員に対する ARV 治療を実施しています。

3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報

以下の２・３に掲載した情報は、2004 年８月３日～８月８日にウガンダ国内で行った現地調査、それ以前に行った準備調査、およびそれ以降 2007 年１月までに行った追加的な問い合わせ等によって得られたものです。

（１）全国の NGO ネットワーク

Uganda Network of AIDS Service Organizations (UNASO)
ウガンダ・エイズ・サービス組織ネットワーク

a) 住所：Block 773, Kabakanjagala Road, P.O.Box 27346, Kampala, Uganda
b) ウェブサイト：http://www.unaso.or.ug

c) 支部：UNASO は現在、各県別のエイズ・サービス組織ネットワークを作っており、ウガンダの 56 県のうち 33 県において県別ネットワークが構成されている。

d) 参加団体：現在、UNASO にはコミュニティの HIV/AIDS 関連団体、宗教を基礎にした団体（Faith Based Organization）、PLWHA の当事者団体など、合計 800 団体以上が参加している。

e) 活動内容

・ウガンダの多分野間連携（multi-sectoral approach）のエイズ対策のシステムの中で、とくにローカルな NGO やコミュニティを基礎にした組織（CBO）などのエイズ・サービス組織をとりまとめるネットワーク活動。

・ウガンダのエイズ・サービス組織の主張を、中央政府や地方政府に反映させていくアドボカシー活動。UNASO はエイズ・サービス組織の代表としてウガンダ・エイズ・パートナーシップ委員会に参加している。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）の国別調整メカニズムのメンバーでもある。

・ウガンダの地域のエイズ・サービス組織などの能力向上のための訓練などの実施も行っている。

f) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・UNASO は、ウガンダ全土で活動している 800 以上のエイズ・サービス組織をまとめている。データベースはパソコンで管理している。

・在日ウガンダ人の PLWHA がウガンダに帰国する場合、UNASO に連絡を取ることによって、帰国先のエイズ・サービス組織の状況や治療の展開などの情報を得ることができる。それにより、現地 NGO へのリファーなどが可能になる。

The National Forum of PLHA Networks in Uganda (NAFOPHANU)
ウガンダ PLWHA ネットワーク全国フォーラム

a) 住所：Portal Ave. Plot 11, Adam House, Block B, #2, Kampala, P.O.Box 70233, Kampala, Uganda

b) 活動内容

・2002 年に成立したウガンダの新しい HIV/AIDS 対策の多分野間連携の仕組みに基づいて、ウガンダ・エイズ・パートナーシップ委員会に参加する PLWHA ネットワークの代表機関として設立された。

・ウガンダの地方や分野別の PLWHA ネットワーク（女性のネットワーク etc.）同士の連携、調整、活動の質の向上などに向けた活動を展開。

・PLWHA の主張を中央・地方政府に反映するためのアドボカシー活動を実施。GFATM の国家調整メカニズムのメンバー。PEPFAR の受け皿である「PEPFAR 基金全国諮問委員会」（National Advisory Committee Fund of PEPFAR）のメンバーである。

・PLWHA 向けの電話相談も実施。

c) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・在日ウガンダ人の PLWHA が帰国する場合に、事前に帰国先の PLWHA ネットワークの存在や現状、治療の状況等について調査を依頼できると思われる。

・当該地域の PLWHA ネットワークへのリファレンスを依頼できると思われる。

（２）HIV/AIDS のケア・サポートを行う NGO

The AIDS Support Organization (TASO)
エイズ支援機構

a) 住所：Head Office of TASO, Mulago Hospital, P.O.Box 10443 Kampala, Uganda

b) ウェブサイト：http://www.taso.co.ug

c) 支部：

・本部はウガンダ最大の国立病院であるムラゴ病院（Mulago Hospital）にある。

・地域事務所として、南西部（South Western）がムバララ Mubarara、中央部（Central）がカンパラ、東部（Eastern）がムバレ Mbale におかれている。

・地域センターが、以下の 10 の都市におかれている。

東部　ジンジャ（Jinja）、トロロ（Tororo）、ムバレ（Mbale）、ソロティ（Soloti）
中央部　カンパラ、エンテベ（Entebbe）
北部　グル（Gulu）
西部　マサカ（Masaka）、ムバララ（Mbarara）、ルクンギリ（Rukungiri）

・また、他の 20 県において、地域の CBO などのトレーニングを行っている。

d) 活動内容

・個人レベルでのサポート：HIV/AIDS の影響を受けた人へのカウンセリング、日和見感染症・ARV 治療。（HIV/AIDS の影響を受けた人は誰でも拒まないのが前提）

・コミュニティ・レベルでのサポート：地域の CBO、NGO などの技術向上のためのトレーニングや活動支援。PLWHA への差別・偏見の解消のためのワークショップなどの開催。

・国家レベルでのサポート：PLWHA の利益を守るために、政府や国際機関等へのアドボカシー・ロビーイング等を展開する。

e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・TASO はウガンダで最も古く、最も大きなエイズ・サービス組織であり、ウガンダの主要な地域において、ケア・サポートから治療までを手がけている。

・在日ウガンダ人 PLWHA が帰国する場合、帰国先に TASO の地域事務所等がおかれていれば、リファレンスをすることにより、ケア・治療にアクセスできる可能性が高まる。

・また、地域事務所などがなくても、地域の CBO などのトレーニングを実施していれば、これらの CBO へのリファレンスにより、ケアなどに結びつく可能性が高まる。

National Community of Women Living with HIV/AIDS inUganda (NACWOLA)
ウガンダ全国HIV/AIDSとともに生きる女性コミュニティ

a) 住所：Makindye-Lukuli Nanganda, P.O.Box 70574, Kampala

b) ウェブサイト：
http://www.wougnet.org/Profiles/nacwola.html

c) 支部

・本部はカンパラにある。

・支部は、東南部の各地方を中心に、北部（アルーア、アジュマニ、キトゥグム）、西部（ルクンギリ、カセセ）など 25 県に存在する。

d) 活動内容

・ウガンダに存在する多くの PLWHA 女性ネットワークが「生活の質を上げる」ために共同して作った自発的なネットワーク。

・女性の PLWHA に対する差別・偏見の解消。

・夫を失った女性の PLWHA の権利の擁護。

・女性の PLWHA の収入向上活動（畜産、マッシュルーム栽培等の農業など）

・エイズ遺児のサポート活動。

・女性の PLWHA に対するホーム・ベースド・ケア。

e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・ウガンダ各地において、女性の PLWHA のエンパワーメントを中心に展開している組織であり、地域によっては予防啓発などの活動も実践している。

・在日ウガンダ人の女性の PLWHA が帰国する場合、帰国先に支部があれば、そこにリファレンスをすることにより、ケア・サポートにつながる可能性が高まる。

・もし支部がない場合でも、地域の情報などを聞くことにより、当該地域の HIV/AIDS 関連の団体にリファレンスをしてケアにつながる可能性が高まる。

3. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報

(1)HIV/AIDS 治療を行っている医療機関

a) 公立医療機関

ウガンダの公立医療機関は、県・地域病院（District/Rural Hospitals）、地方紹介病院（Regional Referral Hospitals）、国立紹介病院（National Referral Hospitals）の３段階に分かれています。ウガンダ政府は、各地方紹介病院に HIV/AIDS 治療を広げていく方向性をとっており、2005 年現在、全国で 114 の施設が HIV 治療を行っています。これらの施設は、基本的にヴィクトリア湖北～西岸地域に多く分布していますが、北部などにも ARV 治療提供施設は一定数存在しています。

b) 民間医療機関

ウガンダの民間医療機関で ARV の供給を受けられる施設は多くありますが、カンパラ周辺で言えば、カンパラにあるカトリック系の病院であるセント・フランシス・ンサムビャ病院（St. Francis Nsambya Hospital）、および英国のキリスト教系 NGO であるマイルドメイ・インターナショナル（Mildmay International）が保健省と提携して設立したマイルドメイ・センター・ウガンダ（Mildmay Centre Uganda）などがあります。マイルドメイ・センターでは、ARV の供給は、児童は無料ですが、成人はジェネリック薬を患者が実費負担することになります（最初月 20 ドル、薬によっては月 50 ドル程度の負担）。

※Mildmay Centre Uganda: P.O.Box 24985, Kampala Uganda

http://www.mildmay.org.uk

(２)HIV/AIDS 治療を行っている NGO その他

a)「ウガンダ・ケアズ・プログラム」(TASO)

２で見たとおり、ウガンダで最も歴史のあるエイズ・サービス NGO である「エイズ支援機構」（TASO）は、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の資金で、無料の ARV 治療プログラムである「ウガンダ・ケアズ・プログラム」（Uganda Cares Program）を実施しています。このプログラムで、全国数千人の人々が治療にアクセスしています。（住所・ウェブは上記２参照）

b) その他の治療プログラム

上記ウガンダ・ケアズ・プログラム以外に、地方都市でも NGO による ARV アクセスは実施されています。例えば、Reach Out は米国大統領エイズ救済緊急計画の援助により、いくつかの地方都市とカンパラのムブヤ Mbuya 地区で ARV の無料供給を行っています。

c) 国境なき医師団フランス

国境なき医師団フランス（MSF France）は、ウガンダ北西部アルーア県（Arua District）にあるアルーア地方紹介病院（Arua Regional Referral Hospital）において ARV 治療を行っています。このプロジェクトでは、2003 年７月段階で 305 名の PLWHA に対して治療が行われています。ウガンダ北部は紛争が継続しているほか、政府から十分な資金投入が行われておらず、あらゆる面で南部・西部・東部との格差がありますが、その中で本プロジェクトは貴重で、実際に北部のかなり広範な地域からリファーがあります。

タンザニア連合共和国
United Republic of Tanzania

1. 国のようす

(1)基礎的統計[11]

・面積：945,087 平方キロメートル-
・人口：3832 万人（2005 年）+
・民族：スクマ人、チャガ人、ニャムウェジ人、ハ人など（99%がアフリカ系、そのうち 95%以上がバントゥ系の約 130 の民族で占められる）。その他、アラブ系、インド系など。-
・言語：スワヒリ語、英語、その他民族語-
・国内総生産（GDP）：271 億ドル（2005 年）-
・経済成長率：6.8%（2005 年）-
・１人あたり国内総生産：700 ドル（2005 年）-
・家計収入分配に関するジニ係数：34.6（2000-01 年）*
・国連開発計画（UNDP）人間開発指数：0.430*
・人間開発指数ランク：162 位*
・５歳までの児童の死亡率：男性 134 人・女性 117 人 /1000 人（2004 年）+
・誕生時平均余命：男性 47 歳、女性 49 歳（2004 年）+
・識字率：69.4%（2003 年）*
・大統領：ジャカヤ・キクウェテ（Jakaya Kikwete）

(2)政治概況

大陸部であるタンガニーカと沖合のザンジバル島などからなるザンジバルの二国が連合してできたタンザニアでは、建国の父ジュリアス・ニエレレ大統領の下、独自の「アフリカ社会主義」に基づく国づくりが進められてきました。しかし、農村集団化政策の行き詰まりや経済的な破綻から 1985 年、ニエレレ大統領が辞任、２代目のアリー・ハッサン・ムウィニ政権は社会主義政策を放棄し、IMF の構造調整政策を受け入れ、市場経済化を促進しました。1995 年には、それまでのタンザニア革命党（CCM: Chama Cha Mapinduzi）の一党制を廃して複数政党制に基づく初めての大統領選挙が行われ、CCM のベンジャミン・ムカパ候補が当選して３代目の大統領に就任。2005 年 12 月の総選挙で、長く外相を務めたジャカヤ・キクウェテ Jakaya Kikwete が大統領に当選しました。CCM による長期政権下、タンザニアは着実な経済発展を遂げ、政治情勢も安定的に推移しています。

一方、ザンジバル島は、植民地時代からのアラブ人支配を覆す暴力的なザンジバル革命により成立したカルメ政権はその独裁と強権が批判され、カルメが暗殺された後も選挙のたびに政権側による野党への弾圧や不正選挙が繰り返されるなど、政治的には不安定な情勢が続いてきました。一方、ストーンタウンが世界遺産に指定されたことなどから世界的な観光地としても位置づけられてきています。

2. HIV/AIDS の概況

(1)HIV/AIDS の全国的動向

2005 年の UNAIDS と WHO の推計によると、2005 年末の成人（15-49 歳）感染率は 6.5%、全人口に占める PLWHA の人口は 140 万人となっています。2003 年中に AIDS で亡くなった人は 140,000 人、エイズによる遺児の人口は 110 万人とされています。

(2)HIV/AIDS の地域的動向

UNAIDS と WHO の 2004 年の報告では、妊産婦における定点サーベイランスで感染率が最も高く観測されているのが南西部マラウイ国境付近のムベヤ Mbeya （17.2%）です。次に、海岸沿いにあるタンザニアの最大の都市であるダルエスサラ

[11] -は CIA The World Factbook, *は UNDP、+は WHO によるデータ。

ーム（11.5%）が続きます。また、ケニアに近い北部メルー山麓の都市アルーシャ周辺の感染率も他地域より高くなっています。

（３）HIV/AIDS に関する政策動向

タンザニアでは、HIV/AIDS 対策は、WHO との連携で、ケニアなど多くのアフリカ諸国と同様、1985 年には着手されています。1985 年には、保健省のもとに国家エイズ管理プログラム（NACP: National AIDS Control Programme）が組織され、まず２カ年の短期エイズ計画が実施されました。その後も、３期にわたって５カ年のエイズ計画が実施され、88 年には国家エイズ委員会（NAC: National AIDS Committee）、89 年には国家エイズ諮問委員会（NABA: National Advisory Board on AIDS）が組織されました。

しかし、この早期対応は、タンザニアにおけるエイズのインパクトを軽減する上で殆ど機能しませんでした。この時期がちょうど、ニエレレの辞任と構造調整政策の受け入れによる市場経済化・民営化という大きな変化の時期にあたっており、エイズ政策に十分な力が注がれなかったことが一つの要因と考えられます（実際、この時期には、構造調整政策の受け入れにより、教育・保健への投入が格段に減少し、識字率の低下、保健サービスの低下が問題となりました）。このエイズ対策の低迷期は、99 年末にムカパ大統領がエイズを「国家的災厄」とし、この疾病への対応の刷新を訴えるまで続きました。

2000 年以降、タンザニアはエイズ問題への取組を国家のトッププライオリティと位置付け、多分野間連携の新たな仕組み（NMSF : National Multi-Sectoral Strategic Framework）を創設し、2001 年には首相府の下にタンザニア・エイズ委員会（TACAIDS: Tanzania Commission for AIDS）を創設、新たな国家エイズ政策（National AIDS Policy）も制定されました。現在の HIV/AIDS 対策は、この枠組みの下 2003 年から 2007 年の５カ年を単位に実施されています。また、保健省はこの枠組みの下で 2003 年に「保健セクターAIDS 戦略」や「国家ケア・治療戦略」を策定しました。

タンザニアでは、これらの国家戦略の下で、多くのドナーによる援助協調により HIV/AIDS 対策が取り組まれており、2005～6 年の２年間で、治療アクセスが急速に進展しました。

しかし、地域に於ける保健医療インフラの弱体さや医療人材の乏しさはまだ克服されていないため、マネジメント上、多くの問題を伴っていると考えられます。

（４）個別の動向

a) ケア・サポートの動向

タンザニアでは、ダルエスサラームを始め、北部の都市アルーシャやモシ、その他地方の拠点都市などでは、PLWHA のネットワークや HIV/AIDS に関するケア・サポート団体などが、ホーム・ベースド・ケアやエイズ遺児のサポートなどのサービスを活発に実施しています。また、その他多くの地方においても、ケア・サポートの努力が実践されています。また、こうしたサービスは政府機関も実施しています。いずれも、コミュニティ・ヘルス・ワーカーや PLWHA の家族が簡単な看護技術を身につけてプライマリー・ケアを実践しています。

タンザニアにおいては、これら草の根の HIV/AIDS ケア・サポート活動が非常に誠実に行われており、高く評価もされています。

しかし、タンザニアは国土が広く、広大な土地に人口が散在している状況で、ケア・サポート活動が地方を包括的にカバーしていくのは、なかなか困難なのが現状です。

b) 治療の動向

抗レトロウイルス治療（ART）へのアクセスについては、つい最近まで、東アフリカ３国の中でもっとも厳しい状況におかれていました。2004 年まで、ART は民間の医療機関のみで提供されており、2004 年７月の WHO の報告では、ART にアクセスしているのはわずかに 1,650 人にすぎませんでした。しかし、2005 年以降、政府による ARV 供給プログラムが開始され、これが急速に進展した結果、2005 年末には 23,000 人が治療にアクセスし、

2006 年６月段階では、これがさらに倍増して 49,000 人以上が ARV にアクセスできるようになっています。

この急速な拡大の理由は、国家計画に従って多くのドナーが協調して資金の投入と技術協力を行い、それによって国家プログラムの動きがスピードアップしたことにあります。

c) 提供される治療薬

タンザニアの HIV/AIDS 治療で提供されている ARV は、他のアフリカ諸国と同様で、以下の通りです。

・ スタブジン＋ラミブジン＋ネビラピン
・ スタブジン＋ラミブジン＋エファビレンツ
・ ジドブジン＋ラミブジン＋ネビラピン
・ ジドブジン＋ラミブジン＋エファビレンツ

3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報

以下の２・３に掲載した情報は、2004 年７月 11 日～７月 16 日にバンコクで開催された国際エイズ会議において行った調査、11 月 13 日～20 日にタンザニア国内で行った現地調査、およびその後 2007 年１月までに行った文献調査等によって得られたものです。

Tanzania National Network of People Living withHIV/AIDS (TANEPHA)
タンザニア全国 PLWHA ネットワーク

a) 住所：P.O.Box 71489, Dar Es Salaam, Tanzania

b) 支部

・本部はタンザニア最大の都市ダルエスサラームにある。この組織はタンザニアの全国の PLWHA 当事者組織のネットワークで、傘下には以下のような組織が存在している。

-タンザニア・エイズと共に生きる女性たち（TAWOLIHA:Tanzania Women Living with HIV/AIDS)：西北部ヴィクトリア湖畔ムワンザ（Mwanza）に所在

-タンザニア・エイズに取り組む男性運動（MMAAT：Movement of Men against AIDS Tanzania）

-タンザニア・エイズで夫を亡くした女性たちの協会（AWITA: Association of AIDS Widows in Tanzania）等

d) 活動内容

・タンザニアの全国規模の PLWHA のネットワークとして、情報の流通やコーディネートを行う。

・地方・国レベルの他の HIV/AIDS 関連のネットワークと連携して、アドボカシー活動を行う。

・特に治療へのアクセスに関するアドボカシー活動を推進する。

・PLWHA の経験を生かし、タンザニアにおける HIV/AIDS に関する意識の向上を目指す啓発活動を行う。等

e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・在日タンザニア人の PLWHA が帰国する場合、帰国先に関するケア・サポートおよび治療の状況に関する情報照会先として期待できる。

Service Health and Development for PLWHA (SHDEPHA+)
PLWHA のための保健サービスと開発

a) 住所：P.O. Box 13713, Dar es Salaam, Tanzania

b) 活動内容

・タンザニアの PLWHA およびカウンセラー、医療従事者などで組織する NGO で、全国に 50000 人のメンバーが存在する。

・ダルエスサラームやその他の地域で、PLWHA に対するホーム・ベースド・ケアを中心としたケア・サポートを実施している。

・また、ホーム・ベースド・ケアに携わる人々のトレーニングなども実施している。

・また、先進国の NGO からの資金を得て、小規模の ART パイロット・プロジェクトも実施している。

c) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・在日タンザニア人の PLWHA が帰国する場合、帰国先に関するケア・サポートおよび治療の状況についての情報紹介先として期待できる。

・また、この組織自体がケア・サポートのサービスを提供していることから、ケア・サポートにアクセスできる可能性が高まる。

Women Fighting AIDS Tanzania (WOFATA)
タンザニア・エイズと闘う女性たち

a) 住所 : Sinza Madukani, along Shekilango Road Block D'House No.719, P.O.Box 71489, Dar Es Salaam

c) 支部

・WOFATA の活動は、以下の地域をカバーしている。

ダルエスサラーム、海岸地方、タボラ（Tabora）、モロゴロ（Morogoro）、キリマンジャロ（Kirimanjaro）、ドドマ（Dodoma）、キゴマ（Kigoma）、ムワンザ（Mwanza）、イリンガ（Iringa）、アルーシャ（Arusha）、シンギダ（Singida）。

d) 活動内容

・2001 年に PLWHA の女性たちによって創設された WOFATA は、参加者の多くが PLWHA 当事者であり、以下の事業を行っている。

-個人カウンセリング・グループカウンセリング
-HIV/AIDS に関する教育・意識啓発
-ホーム・ベースド・ケア
-治療支援
-HIV/AIDS に関わる女性たちの権利擁護
-ホーム・ベースド・ケアのトレーニング
-カウンセリング、心理社会的サポート
-エイズ遺児支援

e) 在日アフリカ人 PLWHA 支援で期待される役割

・在日タンザニア人女性の PLWHA が帰国する場合、帰国先に関するケア・サポートおよび治療の状況についての情報紹介先として期待できる。

・また、この組織自体がケア・サポートのサービスを提供していることから、ケア・サポートにアクセスできる可能性が高まる。

4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報

先に述べたように、タンザニアでは、政府が多くのドナーの援助の下、2005 年から無料の ARV の提供を行う全国規模の国家プログラムの実施を開始し、この２年間で、全国で５万人近い人々の治療アクセスを実現してきました。これらの努力により、現在、多くの地域で公立の医療機関による ARV アクセスが可能になっていると思われます。これらの ARV アクセスは、今後もさらに拡大され、タンザニアでの治療アクセスはより向上していくものと思われます。

おわりに

本書は、2004 年度から 2006 年度までの３年間にわたって行われた調査をまとめ、一冊の書籍にしたものです。

本件調査およびハンドブックにつきましては、2004 年度については、「厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業　個別施策層に対する固有の対策に関する研究」、2005-6 年度については、同「NGO による個別施策層の支援とその評価に関する研究」（主任研究者：樽井正義・慶応義塾大学文学部教授）のプログラムの一環として実施・作成されました。

東アフリカの現地調査については、2004 年に、稲場雅紀と外処恵美（ともに（特活）アフリカ日本協議会）のチームによって行いました。また、ナイジェリア・ガーナの現地調査につきましては、2005 年 12 月にナイジェリアの首都アブジャで開催された「アフリカ地域エイズ・性感染症国際会議」の機会を活用して、稲場雅紀、川名奈央子（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス）のチームにより行いました。

南アフリカの現地調査については、2006 年に稲場雅紀がジョバーグ在住の高達潔さんをはじめ、現地の日本人関係者のご協力をえて行った調査と、ハウテン州ジョバーグおよびエクルレニ市のタウンシップ、スクウォッター・キャンプにおいて数年間にわたって HIV 陽性者の支援に携わってきた「ニバルレキレ」の小山えり子さんの活動に基づく情報や事例紹介とをあわせて作成したものです。御協力を頂いた皆様に、心より感謝いたします。

これらアフリカの６カ国では、HIV/AIDS は国の課題の優先順位の一位に挙げられており、ここに記したもの以外にも、数多くの活動が取り組まれています。また、NGO、援助機関等で数多くの日本人が HIV/AIDS に関係して働いており、実際には、より多くの情報が把握されています。将来、これらを総合して、より包括的なガイドブックが作られることを期待しています。

最後に、本件調査およびハンドブックの作成につきましては、上記研究班の主任研究者である樽井正義先生にたいへんお世話になりました。樽井正義先生はじめ、関係者の皆さまに厚く御礼申し上げます。

特定非営利活動法人　アフリカ日本協議会
国際保健分野プログラム・ディレクター
稲場　雅紀

在日外国人 HIV 陽性者支援のための
アフリカ6カ国 HIV/AIDS 治療・ケアの現況ガイドブック

本件調査およびガイドブックの作成は、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「NGO による個別施策層の支援とその評価に関する研究」の一環として行われた。

2007 年 3 月 31 日　初版発行

主任研究者●樽井正義（慶応大学文学部教授）
編者●（特活）アフリカ日本協議会
発行人●林達雄
編集人●稲場雅紀
電話●03-3834-6902
FAX●03-3834-6903
E-mail●info@ajf.gr.jp
WEB●http://www.ajf.gr.jp