

- Marshall, B. (2002) 'Hard Science': Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the 'Viagra Age'. In *Sexualities*. 5 (2): 131-15.
- Meyer-Bahlburg, H. F., Exner, T. M., Lorenz, G., Gruen, R. S., Gorman, J. M., and Ehrhardt, A. A. (1991) Sexual risk behaviour, sexual functioning, and HIV-disease progression in gay men. *Journal of sex research*, 28 (1), 3-27.
- Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.
- Oliver M., and Barnes C. (1998) *Social Policy and Disabled People: From Exclusion to Inclusion*. London: Longman.
- Parker, R. (1997) The Carnivalization of the World. In R. Lancaster and M. di Leonardo (Eds.) *The gender/sexuality reader. Culture, history, political economy*. London: Routledge.
- Paterson, K., and Hughes, B. (2002) Disabled bodies. In P. Hancock, B. Hughes, E. Jagger, K. Paterson, R. Russell, E. Tulle-Winton, and M. Tyler. (Eds.) *The body, culture and society. An introduction*. Buckingham: Open University Press, 29-44.
- Patton, C. (1990) *Inventing AIDS*. London: Routledge.
- Paiva V., J.R. Ayres J., Della Negra M., França I., Galano E., Segurado A., Lecussan P., Silva M., Lacerda R., Gravato N. (2004) Sexuality and reproduction among adolescents living with HIV/AIDS (ALWHA) in Sao Paulo, Brazil. Bangkok: XV International AIDS Conference (Unpublished paper).
- Plummer, K. (1995) *Telling sexual stories. Power, change and social worlds*. London: Routledge.
- Race, K. (2001) Incorporating Clinical Authority: a New Test for People with HIV. In N. Watson and S. Cunningham-Burley (Eds.) *Refreming the Body*. Hampshire: Palgrave, 81-95.
- Sabo, D., and Gordon, D. (1995) Rethinking Men's Health and Illness. The Relevance of Gender Studies. In D. Sabo and D. Gordon (Eds.) *Men's Health and Illness*. Sage: Thousand Oaks, California. 1-21
- Sontag, S. (1991) *Illness as Metaphor: AIDS and its Metaphors*. Hanmodsworth: Penguin.
- Siegel, K., and Raveis V. (1993) AIDS-related reasons for gay men's adoption of celibacy. In *AIDS Education and Prevention*. 5 (4), 302-310.
- Snitow, A., Stansell, C., and Thompson, S. (Eds.) (1983) *Powers of Desire: The Politics of Sexuality*. New York: Monthly Review Press.
- Tewksbury, R. (1995) Sexual Adaptations Among Gay Men With HIV. In D. Sabo and D. Gordon (Eds.) *Men's Health and Illness*. Sage: Thousand Oaks, California. 222-245
- Treichler, P. (1991) How to have theory in an epidemic: the evolution of AIDS treatment activism. In C. Penley and A. Ross (Eds.) *Technoculture*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 57-106.
- UNAIDS (2002) 2002 report on the global HIV/AIDS epidemic: Global report. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2004) 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report. Geneva: UNAIDS.
- Vazquez, E. (2000) Stop the Drugs - "Hit Hard, Hit Early" Takes a Beating. (http://www.tpan.com/publications/positively_aware/may_june_00/HitHardMJ00PA.html)
- Waldby, C. (1996) *AIDS and the Body Politic. Biomedicine and sexual difference*. London: Routledge.
- Weitz, R. (1991) *Life with AIDS*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Zavella, P. (1997) "Playing with Fire". The Gendered Construction of Chicana/Mexicana Sexuality. In R. Lancaster and M. di Leonardo (Eds.) *The gender/sexuality reader: culture, history, political economy*. New York: Routledge, 392-408.

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
分担研究報告

個別施策層に対する固有の対策に関する研究

在日外国人に関する対策の研究

ペルーにおける HIV/AIDS 対策（予防、治療、感染者支援） に関する調査報告

大西 真由美 特定非営利活動法人 HANDS テクニカル・アドバイザー
東京医科歯科大学医歯学総合研究科博士課程

調査期間：2004年10月11日（月）～14日（木）

主な面接者：

- ◆ Lourdes Kusunoki Fuero 医師, ケアペルーAIDS 専門家（以前、保健省で HIV/AIDS 対策担当）
- ◆ Jorge Arevalo Abawto 医師, HIV/AIDS 対策コーディネーター（Dos de Mayo 病院）
- ◆ Jose Luis Sebastian Mesones 医師, STI・HIV/AIDS 予防対策国家保健戦略全国コーディネーター（保健省）
- ◆ Jesus Maria, ピア・エデュケーター（PROSA : HIV 陽性者自立支援プログラム）
- ◆ Pablo Anamaria（PROSA 設立者の一人）

1. ペルーにおける HIV/AIDS 流行状況および治療に関する概要

<保健省プログラム> ペルー保健省は、1990年から HIV/AIDS 対策プログラムを展開しているが、Estrategia（戦略）として取り組んでいるのは1年前からである。Plan contra SIDA（エイズ対策計画）は2002年に策定され、Global Fundによって導入された。

<感染者数> 現在、ペルーでは、HIV感染者15,000人、エイズ患者14,000人が登録されている（2003年12月末現在）。推計では HIV感染者は、76,000人と言われている。リスク・グループ別にみると、MSMでの HIV感染率は13%、女性セックス・ワーカーでは1.6%、妊婦では0.3%と推計されている。

<Global Fund> 上記エイズ患者のなかで、治療が必要な者は約7,000人と推計され、Global Fundの申請がされ、ちょうど必要な薬がペルーに到着したところである。2002年にGlobal Fundの申請がされ、公式には2004年5月からGlobal Fundによる無料ARTが開始された。2004年5月から、Global Fundによるプログラムの一環として、感染者・患者登録システムを導入し、ID番号によって管理している。

<ARVへのアクセス数> 2003年12月末現在で、すでに治療にアクセスできた者は、1,870人。それに加えて、公務員、警察官等、社会保険(Seguro Social)適用、軍隊(Comite de Prevencion Contra SIDA: COPRECOS)、個人(プライベート・クリニック、NGO等)によってARTにアクセスできている者が約400人である。ペルーでは、何年も前から社会保険適用者および軍関係者はARTにアクセスすることは可能であったが、社会保険適用になるのは、全国民の30%に満たない状況であり、HIV感染は社会保険適用外の人々の間で広がっている。現時点では、リマ市内で約800人にARTを提供している。今後(近々)、更にGlobal Fundにより、900人分の治療(無料)へのアクセスを可能にする予定である。

<ART実施保健医療施設> 全国レベルで、HIV/AIDS対策の強化(予防、治療)のために保健医療従事者(医師、看護師、検査技師、心理士、ソーシャル・ワーカー等)およびピア・リーダーの養成研修を終えたところである。現時点では、ARTを提供している保健医療施設はリマ市内に集中(6ヶ所の国立病院=感染症専門医が勤務する4次レベル保健医療施設)しているが、今後、HIV感染率の高い地域4ヶ所に(イキトス、イカ、チンボテ、トゥンベス、いずれもアマゾン熱帯地域および海岸沿地域)、Provincialレベルの病院でARTおよびモニタリング検査が可能になるように準備しているところである(11月からART開始予定)。リマ市内では、Hospital Dos de MayoとHospital Loaizaが二大ART提供病院である。

治療基準および服薬管理基準は保健省によって整備されており、今後、全国レベルで、100%治療可能な状況を確認することが可能になる。また、保健センターレベルでの家庭訪問機能強化をはかることにより、治療中断の防止と継続的なモニタリングに務める方針である。尚、Global Fundによる無料ARTを受けるためには、初診料(Paquete Minimo Inicial)として20ソリス(約7ドル)を支払う必要がある。

また、Global Fundによるプログラム導入前は、社会保険適用病院等において、単にARVの処方のみを行っていたが(カウンセリングや服薬指導等はなかった)、Global Fundプログラム内では、包括的なアプローチを行っている。

<モニタリング検査> 現在、CD4カウントおよびウィルス量測定は、ARTを受けている患者については無料で行っている。ARTを行っている4次レベル保健医療施設において採血し、国家レファラル検査センターにて検査を行っている。

<PMTCT> PMTCTについては、妊娠35週からAZT投与を無料で行っている。出産後も必要に応じ、治療の継続またはウィルス量およびCD4のモニタリングを行っている他、育児相談(児への栄養)も行っている。粉ミルクの無料配布は行っていない。

<HIV抗体検査> HIV抗体検査は、これまで妊婦に対しては、ELISAを無料で実施してきたが、Global Fundにより、保健センターレベルにおける妊婦に対するRapidテストの導入が可能になった(無料)。しかしながら、以前も今後しばらくの間も、妊婦以

外の者は、HIV 抗体検査は有料となっている（15 ソリス＝約 5 ドル）。Global Fund 申請時には、7,000 人分の治療薬確保のために予算を組んだが、実際には 7,000 人分の治療薬は必要ないと見込まれており、残りの分を HIV 抗体検体制の強化に使用する予定であり、全国の Provincial レベルで可能にしていく方針である。

＜リスク・グループへの HIV 抗体検査＞ セックス・ワーカーおよび MSM/ゲイに対しては性感染症対策として、HIV 抗体検査（ELISA）を保健センターレベル（Centro de Referencia de Infecciones Transmisibles Sexuales: CRSTI）で、無料でやっている。リマ市内のダウンタウンでは、セックス・ワーカーは、クライアント 1 人あたり 1 ドル未満でセックスに応じる。ペルーでは、法律によって、セックス・ワーカーらリスク・グループに対する HIV 抗体検査の強制を禁じているが、保健省はセックス・ワーカー団体との良好な関係構築に務め、定期的な HIV 抗体検査受検の推奨を行っている。

＜結核治療＞ 結核治療は、以前から保健センターでの治療を無料でやっており（Provincial レベルの病院によるスーパーバイズ、モニタリングが行われる）、今後、ART についても、保健センターレベルで実施できるように準備しているところである。

＜性感染症治療＞ 性感染症治療については、「性感染症対策プログラム」の中で、保健センターレベルで Syndromic Approach が無料で行われている。HIV/AIDS との関連では、梅毒とヘルペスがほとんどであり、淋病、クラミジアはごく稀である。

＜日和見感染症＞ その他の日和見感染症治療については、全て有料になる。

＜予防＞ Global Fund によるプログラム開始前は、予防対策は、セックス・ワーカーと MSM/ゲイに限定されていたが、現在は対象を若者・青少年にも広げ、教育省および中・高校と連携し、予防活動（ピア・エデュケーション）に取り組んでいる。また、一般向けには、エイズ・デー等の機会を通じて、プロモーション活動を行っているが、十分だとは言えない。治療の充実と予防活動を同時並行的に実施しないと、医療費削減にもつながらないので、今後、力を入れていく必要性を感じている。尚、保健センター等で、コンドームは無料で提供されている。

＜今後の見通し＞ Global Fund によって ARV が保障されているのは、2004～2005 年の 2 年間であり、3 年目にあたる 2006 年からは自国で ARV を購入しなければならない。社会保険でカバーしている分に関しては、今後も ARV の確保・提供は問題なく行えると予測されているが、それ以外の無料提供の分に関しては、ペルー政府の中での課題である。しかし、一旦始めた治療を中止する訳にはいかないため、ペルー政府としては、自力での ARV 確保に全力を注ぐ方針である。また、HIV/AIDS 対策については、国家エイズ委員会（CONAMSA）における他機関、セクターとの更なる連携強化が望まれる。

＜ARV 個人輸入＞ ペルーでは、輸入資格（Licencia de importacion）を持たない者は外国から輸入することはできないので、ARV の個人輸入は禁止であり、できないことになっている。しかし、個人的に米国等在住の親戚や友人らの支援により、ARV を自費購入している者は、極少数であるが存在する。

2. Hospital Dos de Mayo（4 次レベル国立病院）

＜感染症センター保健医療従事者数、病床数＞ 129 年の歴史を持つペルーで最も古い病

院のひとつ。リマ市内で、ARTを行っている国立病院の中で、最も多くの患者を診ている病院。1991年のコレラ流行の際、感染症センターができ、現在ではセンターを受診する患者の90%はHIV感染者である。6人の感染症専門医が診断・治療にあっているが、絶対的な看護師不足（保健省が雇用しないため病院全体で300人の看護師不足）のため、30床のうち20床しか稼動していない。結核を伴うHIV感染者は個室病棟に入院するが、結核を伴わない場合は、10床の大部屋（男女混合、カーテン等のしきりはなし）に入院する。

本病院では、これまでに235人の入院患者（AIDS患者）の診療にあたったが、なかには信仰上の理由等で治療を拒否した者もいた。今年も13人の患者が亡くなったが、その80%は日和見感染症が死亡原因であった。

感染症専門医は、リマ市内に45人、そのうち国立病院勤務医は20人である。感染症科以外の医師、看護師ら保健医療従事者間でのHIV/AIDSに対する偏見・差別は未だ大きく、例えば、病院受付等で心無い対応をされたことがある感染者は少なくない。そのため、感染症センター内には、病院のサービスや診療上のトラブルについて相談を受けるボランティアを配置している。

<感染症センター外来> 感染症センターでは、医師2名、看護師2名、精神科医1名で外来を担当している。50人～60人/日の患者の診療にあたるが、その95%はHIV感染者である。毎月25人～30人の新患者が訪れ、それに加え約15人/月の地方からの紹介患者にも対応している。通常、ARTを受ける患者は、2週間毎に受診する。医師による診察の後、看護師から服薬指導を受け、ARVを受け取る（一般の院内薬局へ行く必要はない）。不安の強い患者等、精神科医が相談にのるケースは、5～6人/日である。

<感染者グループ：Grupo de Apoyo Mutua (GAM)> 10年前から、本人を受診する感染者グループが形成され、毎土曜日、ミーティングを行っている。7人の感染者によってグループ・マネージメントが行われており、毎回のミーティングの参加者は20～30人である。活動資金は、寄付に頼っている。

<日和見感染症> 日和見感染症のほとんどが結核であり、カリニ肺炎は少数である。

<マンパワー不足> 病院での主たる問題（治療提供側の問題）は、圧倒的な保健医療人材不足である。インフラの不備やサプライ不足も問題ではあるが、外来・入院患者の数に比し、マンパワーが不足しているために、質の高い治療・ケアを行えていない。保健省が保健医療従事者を雇用しないこと、公的病院では給料が安いこと（医師：600～700ドル/月、看護師：150～200ドル/月）が、優秀な国内の人材を海外（スペイン、イタリア）へ送り出す結果となっている。

3. PROSA (Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivo)

住所: Av. Cuba 523 Phone: 266-0740

1990年にオランダのHIVOS-HOLANDAから資金援助を受け、設立された。現在5人の有給スタッフ、12人の無給ボランティア（交通費実費支給）によって運営されている。スタッフからは心理士、栄養士等の資格を持つ者で構成されている。主な活動内容は下記の通り。

- 1) グループ・セラピー： 週1回（月曜日、PM7:00～）
- 2) 個別相談： 火曜日、金曜日 PM5:30～8:00
- 3) 栄養相談： 月曜日、火曜日 PM7:00～8:00
- 4) 医薬品（鎮痛剤、解熱剤等）支給： 火曜日、木曜日 PM6:00～8:00 （ARV の支給は行っていない）
- 5) 社会福祉相談： 火曜日、金曜日 PM6:00～8:00
- 6) 感染者によるピア・カウンセリング： 月曜日、金曜日 AM10:00～PM1:00、PM4:00～8:00
- 7) オープン・ハウス（トランプ、TV、談話等）： 水曜日 PM6:00～8:00
- 8) 家族支援グループ： 金曜日 PM6:00～8:00
- 9) ピア・エデュケーター養成研修
- 10) 病院または家庭への訪問

【資料 2-1】

HIV 陽性タイ人支援のために 医療生活相談担当者マニユアル

■目次

はじめに	・・・2
遅れるアクセス	・・・3
どうして病院に行けないのか	・・・4
つなわりの人生	・・・5
ケア&サポートの意義	・・・6
大きな一歩を踏み出したタイのエイズ治療	・・・7
タイで治療を受けるためには	・・・8
帰国を支援する新しいモデル	・・・9
大幅に改善した帰国者の予後	・・・10
支持的な関わりの方がコストが低い？	・・・11
日本での医療アクセス	・・・12
相談窓口	・・・13

編集：HIV/AIDS 在日外国人支援ネットワーク
協力：厚生労働科学研究補助金エイズ対策研究事業
個別施策層の固有の対策に関する研究班

■はじめに

HAART が実現し AIDS を発病した方々の生命予後が著しく改善してから既に 8 年がたちました。HIV は完治することは出来ません。しかし、抗レトロウイルス剤を適切に服用することが出来れば、他の慢性疾患と同様に社会生活に復帰し長期間の生存が可能になりました。

しかし、医療の発達した日本でもこうした医療を受けられない人々があります。開発途上国から日本にやってきた外国籍住民達です。タイ大使館の報告によれば、昨年一年間に 20 人以上のタイ人が HIV のために深刻な病状となり大使館に助けを求めて連絡を取ってきた。ほとんどの場合 CD4 が 50 以下で重篤な日和見感染を発病してからの相談でした。このため昨年はそのうちの 4 人が母国に帰りたいとの願いもかなわず日本で亡くなってしまいました。

こうした背景には、多くのタイ人が日本で病院に行っても言葉の問題や社会経済的な問題のために適切な医療を受けることができておらず、在日タイ人社会の中で「エイズはどうせ死ぬ病気だ」「病院に早めに行っても役に立たない」という絶望が広がっていることと無関係ではないと思います。

一人でも多くの在日タイ人がこの病気に対する絶望感を払拭し早期に受診できるようになることを願ってこの冊子を作成しました。

■遅れるアクセス

現在日本でエイズを発病する人の約 24% が外国人ですが、そのうち大多数をアジア・南米・アフリカの出身者が占めます。(厚生労働省エイズ動向委員会)

表 1 外国人エイズ患者の出身地 (2003 年末までの累計)

地域名	人数(%)
東南アジア	330(46.2%)
ラテンアメリカ	154(21.5%)
サハラ以南アフリカ	71(9.9%)
東アジア	29(4.1%)
南アジア	24(3.4%)
北米	19(2.7%)
西欧	8(1.1%)
不明・その他	80(11.2%)

このうち東南アジアの出身者は欧米の出身者に比べて初診時の CD4 が極めて低く、深刻な病状を発症するまで医療機関に受診できていないことが判っています。(HIV 診療体制に関する研究班：2002 年度報告書より)

表 2 出身地域別初診時 CD4 細胞数 (n=128)

地域	人数	CD4 中央値
北米・豪・欧州	12	473
東アジア	16	225
中南米	27	241
アフリカ	18	118
東南・南アジア	55	84

■ どうして病院に行けないのか

多くのタイ人エイズ患者は病院に行くと、「どうしてこんななるまで放置していたのですか?!」と言われます。でも、病院に行かなかったのにはそれなりの理由があるのです。

最近相談を受けたSさんの場合はこんな理由です。

Sさん、30代女性

2年前から喉に白いカビのようなものができて食欲もなくなり体重が10kgほど減ってしまいました。そこで意を決して近くの診療所に行きました。医師はちよつと診察しただけで保険があるかどうか繰り返して聞き「難しい病気だから」と専門病院に紹介しました。専門病院ではとても細かく診察をしてくれましたが、会計で5万円を請求されました。なんとか4万円ほど払いましたが検査の結果はとも聞きに行けず結局何の病気かわかりませんでした。日本の病院にいくのは無理だとあきらめてタイの市販薬を送っても咳と息切れ、発熱が出現しましたが、しばらくすると咳と息切れ、発熱が出現しました。友人の手助けで病院に行きましたが、X線検査の結果至急入院するように言われました。しかし、お金もななく友人に迷惑をかけることになると考え入院はできませんでした。やがて歩くことも不自由になり帰国の準備を始めましたが、もはや飛行機に乗れる状態ではなく、やむなく入院し治療を受けましたが教週間に亡くなりました。

Sさんの話は何も特別なことではありません。大使館やNGOには毎月同じような相談が複数寄せられています。エイズになると沢山お金がかかって結局死んでしまうと思っている人が多く、エイズかもしれないとうわさになると友人が寄り付かなくなるとい話も聞きます。

■ つなわたちの人生

日本で滞在する開発途上国出身者の多くは、経済的に困窮している母国の家族を支えるために働いていきます。生活に余裕は少なく、病気になる時にさまざまな困難が降りかかることがあります。

Tさん、40代女性

1年前から皮膚の湿疹が治らず、喉に白い苔状のものも充満するようになりまし。病院で診察してもらったカビだとやわれうがい薬を処方されましたが、症状はやや改善してもすぐにぶり返してしまいました。大きな病院に友人が連れて行ってくれましたが、はつきりした診断は告げられず、重い病気だから帰国した方が良いと言われました。そのうち湿疹は更に悪化し、エイズだとうわさする人も現場の仕事をしにくくなり生活も困窮しました。見かねた別の友人が別の医療機関に連れて行ってくれました。ここではすぐにタイ語の通訳がつき説明を受けた後HIV抗体検査がされました。結果は陽性でCD4も10しかありませんでした。

タイでエイズの治療が受けられると説明されましたが湿疹だらけの体で無一文ではきつと家族や近所の人から差別されると思いつても帰国する気にはなれませんでした。医師は、タイ語の出来るカウンセラーを紹介してくれ、湿疹やカンジダ食道炎の治療も開始されました。

Tさんは、その後日和見感染の治療で自覚症状が改善してくると生きている希望が湧いていたようです。カウンセラーと繰り返し相談をするなかで時間はかかりましたが最終的に帰国を決意しました。現在、タイのNGOの助力で生活を再建、治療も始まり仕事も探しためたと言うニュースが入ってきました。

今度は自分が日本にいる他のタイ人感染者にタイの医療事情を伝えるなどのサポートを始めました。

■ ケア&サポートの意義

SさんもTさんも病状はほとんど同じ状態で病院に行きました。しかし、提供された支援のちよっとした違いで人生は大きく違っています。

感染者の間では良くあることです。そのまま母国の治療に円滑に結びつく人もいます。しかし、さまざまな事情で帰国の決心がつかなくなったり、母国で治療を受けられるか不安なために帰国をせずにいる人が少なくありません。他の選択肢を提供せずに帰国だけを勧めることは、こうした患者さん達の足を医療機関から遠ざけてしまうことにもつながりかねません。私達が相談を受けた人の中には、既に病院で診断ができていたけれども「日本ではこれ以上治療ができなから帰国しなさい」といわれて病院に行くのをやめてしまった・・・という人も少なくありません。

HIV感染＝発病ではありません。まず、CD4を測定して現在の免疫力がどうなっているかを伝え、病状に合わせて治療とアドバイスを提供しながら将来設計をいっしょに考えていく姿勢を示すことが重要です。

積極的にケア&サポートを提供することはウイルスに感染した本人にとっても大きな意義があるだけでなく、医療機関にとっても病気のコントロールがしやすくなり、結果的にTさんのように個人や社会が負担する医療費も少なく済むことが多いです。カウんセリングを早期に開始できた患者さんの多くは帰国するまでの医療費を自己負担で支払っています。

また、Tさんのようにサポートを受けて帰国した人が治療で元気になったことがタイ人社会に伝われば、感染している可能性がある人が検査を受けることを励ます結果となりHIVの予防のためにも効果的です。

■ 大きな一歩を踏み出したタイのエイズ治療

タイでは、100%コンドームキャンペーンといった予防対策ばかり有名ですが、実は早くからHIV医療の充実に取り組んできました。予防一辺倒の対策では効果がないことを感じたタイ公衆衛生省は1991年にエイズ対策の見直しを行い、翌年から始まったエイズ対策5ヵ年計画に「ケアの充実」と「人権の尊重」を4本柱の2本として盛り込みます。

以後、全ての公立病院にエイズカウンセラーを配置、日和見感染治療の充実、NGOや当事者互助組織の育成といった形でHIVに感染した住民の生活の向上に力を入れてきました。しかし、タイ政府の経済力では、抗レトロウイルス剤や高価な日和見感染治療薬を提供することはできず、こうした治療を受けられるのは、大都市に住む一部の富裕層に限られています。農村部のHIV陽性者は、HIV陽性者団体をつくり様々な学習活動や互助活動をおこなっています。中には粟草の栽培や家庭訪問などを行い健康を維持するための努力を重ねるグループもありました。しかし、多くのHIV陽性者はエイズの症状がでるようになると数年も経たずに亡くなっていくのが現実でした。

こうした状況を大きく変える事件がおきたのが2001年12月1日でした。HIV陽性者の全国組織であるTNP+が行った治療の改善を求める申し入れに対して公衆衛生大臣が抗レトロウイルス剤の提供を国策として押し進めることを約束したのです。以来、少しずつ治療枠が広げられ2003年秋から全ての公立病院でサービスが始まりました。

■タイで治療を受けるためには

◎農村部の場合

私達が病気の相談をうけているタイ人の大多数は農村部の出身です。地方では一般的に収入は高くなく、大多数の住民は公立病院で治療を受けます。公立病院には、管轄の地域の住民の健康を守るために毎年一定の予算がつけられており、住民は基本的に一回の治療に対して30バーツ(約80円ほど)を支払えば良いことになっています。しかし、提供出来る医薬品は頻度が高い病気の比較的安価な薬に限られています。

このため、数年前までは、抗レトロウイルス剤は有償となり、ごく一部の富裕な人でなければ使用できないという状況がありました。現在はグローバルファンドの資金の活用や、タイ政府が特許をはずした一部の抗レトロウイルス剤を使用することが国際的にも承認されたために、HAARTも公的な医療の枠組みで受けられるようになってきました。ただし、気をつけなければならぬのは、使用される薬には制約があり、HAARTもd4T+3TC+NVPが標準の治療となっています。副作用などでどうしてもこの組み合わせが使用できないと証明された場合のみ、EFVやPIなどの薬が厳密な審査の後提供されることとなります。また、日和見感染症治療についても、ゾビラックスやクラリスロマイシンなどについても薬価が高いために個人で購入する必要がある場合があります。

◎都心部の私立病院では

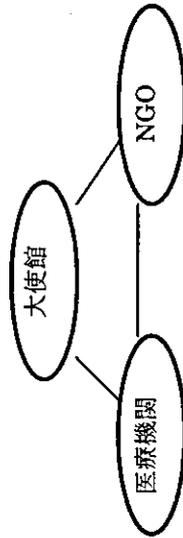
ほとんど全ての薬剤がそろっています。大学病院で最先端の治療を行っている医師が外来に出ているところもあります。しかし、医療費は高価であり日本の治療とそれほど大きく変わらない場合があります。

■帰国を支援する新しいモデル

これまで、多くの場合医療機関側もタイ側の医療機関のことも充分把握することなく帰国を促さざるを得ない事がほとんどでした。このため帰国しても医療が継続出来る人の数は少なく、在日タイ人コミュニティの間でも「エイズになると帰国させられる」「すぐに死んでしまうらしい」といったイメージが強く、感染の可能性を自覚する人でも検査に行くこと望まない人がほとんどでした。

そこで私達は、タイ側の医療の改善を踏まえ以下のような連携により、早期に相談が提供される新しいモデルを提唱します。

他部門連携による早期相談モデル



医療機関と大使館は、患者の帰国手続きの円滑な進行のために協力します。また、大使館とNGOは、帰国後の医療情報の取得と相談窓口や普及啓発で協力します。一方、NGOと医療機関は、医療通訳とともにカウンセリングを提供するなどによって病人のQOLの向上に協力することが出来るでしょう。

■大幅に改善した帰国者の予後

以上のような取り組みをすすめたとところ、この1年間に私達が上記のネットワークを活用して帰国の支援をしたタイ人発病者の多くは、母国で治療を受けることが実現しています。中には社会復帰を果たし元気な声を聞かせてくれる人も登場し始めました。以下は、CD4が50以下というきわめて免疫力が低下した状態ながら入院一歩手前で私達のところに相談があった7人のタイ人HIV陽性者のその後の経過です。

合併症	初診時 CD4	転帰
口腔カンジダ、皮膚真菌症	10	HAART治療中
皮膚真菌症、トキソプラズマ症	9	HAART治療中
肺炎、敗血症	13	HAART治療中
帯状疱疹	42	HAART治療中
肺結核	<50	結核治療中
口腔カンジダ	<50	帰国後受診
肺結核	<50	結核治療中

全員が過去に医療機関を受診したことがあり、私達のところに相談がくるまでに一人平均2.1ヶ所の医療機関に行っています。治療には結びついていませんでした。

医療機関・NGO・大使館の連携で当座の日和感染症治療を行い、航空機に乗れる状態に病状を安定させながら、帰国の医療機関の確保を行っています。また、母国の医療事情を十分な情報をもって説明することで帰国に対する不安を除去するように心がけました。この結果、ほとんどの相談者が帰国後適切な医療を受けることができました。

■支持的な関わりの方がコストが低い？

特筆すべきことは、こうして相談を提供していた方々の方が未払い医療費が少ないことです。かならずしもスムーズな帰国にはつながりませんが、1年近くカウセンシングを繰り返した人もいました。しかし、早期に病状の変化が確認できたために、長期の入院を要する日 and 見感染を発病する人は少なく、最長でも入院は2週間でした。このため7人の病人に対して発生した未払い医療費は、93万円のみであり、一人あたり13万円と、過去の研究班で報告された外国人エイズ患者の医療費未払い額を大きく下回りました。

これまで、外国人特に東南アジアやアフリカ出身の外国人エイズ患者は、重篤な日和見感染を起こすまで医療機関を受診していない事が多く、ひとたび発病して入院すれば、高額な医療費が未払いになることが指摘されていました。このことが医療機関の外国人受け入れの改善を遅らせ、さらに外国人の医療近接性を低下させる悪循環に陥っていることが指摘されています。しかし、今回の調査でしっかりとカウセンシング体制を組むことで却って医療費が低く押さえられる可能性があることが示唆されました。ただし、まだ相談件数も1年分と少なく今後更に調査が必要です。

■日本での医療アクセス

なかには日本での治療を継続している人もいます。上記の例で、結核を発病したことが判明した人達がそうです。また、日本人の実質的な配偶者がいて健康保険や障害認定が可能であるにもかかわらず、そのことを知らずに何の手続きもせずにあきらめていた人達もいました。滞在資格や婚姻手続きなどの相談も NGO や大使館が詳しい情報を持っている領域です。医療機関のソーシャルワーカーと、NGO や大使館の連携がとても重要です。

以上のように、タイの HIV 陽性者を巡る環境はこの1~2年で大きく変わり、治療へのアクセスは大きく改善しています。こうした情報を出来るだけ早く更新し、在日タイ人社会に伝えていくことができれば、発病者の生活の質の向上に資するだけでなく、在日タイ人社会の中でエイズに対する意識を向上させ、予防の推進にも役立つものと信じています。

なお、この冊子にて提供されている情報は2005年2月末日現在のものです。新しい情報については、巻末の団体へお問い合わせ下さい。

■相談窓口

以下に、タイ人 HIV 感染者のために通訳・社会資源の情報・母国の医療事情などを提供出来る機関の情報を示します。

◎通訳

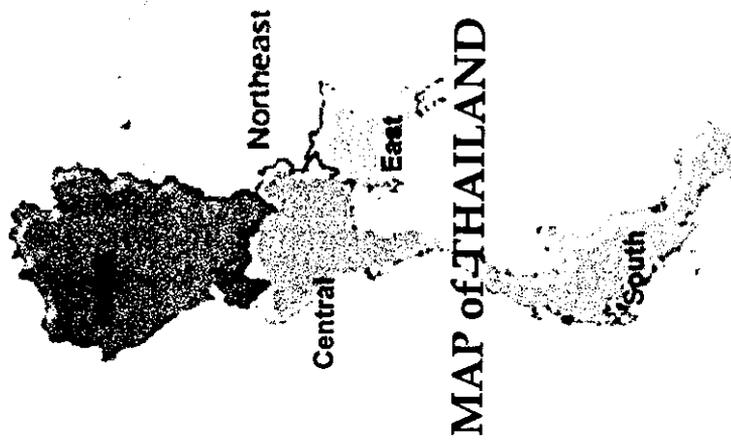
- ・ HIV/AIDS 外国人支援ネットワーク
03-3820-5831 担当 枝木
特活) アーユス=仏教国際協力ネットワーク内

◎タイの医療事情

- ・ シェア=国際保健協力市民の会
03-5807-7581 担当 沢田

◎帰国のための諸手続き

- ・ タイ王国大使館領事部タイ人保護課
03-3447-2247 内線 232 担当 烏田



MAP of THAILAND

この冊子に関するお問い合わせは以下まで、
HIV/AIDS 在日外国人支援ネットワーク
特活) アーユス=仏教国際協力ネットワーク気付
枝木美香 03-3820-5831

シェア=国際保健協力市民の会
沢田貴志 tswd@nifty.com

【資料 2-2】

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（2004年度版）



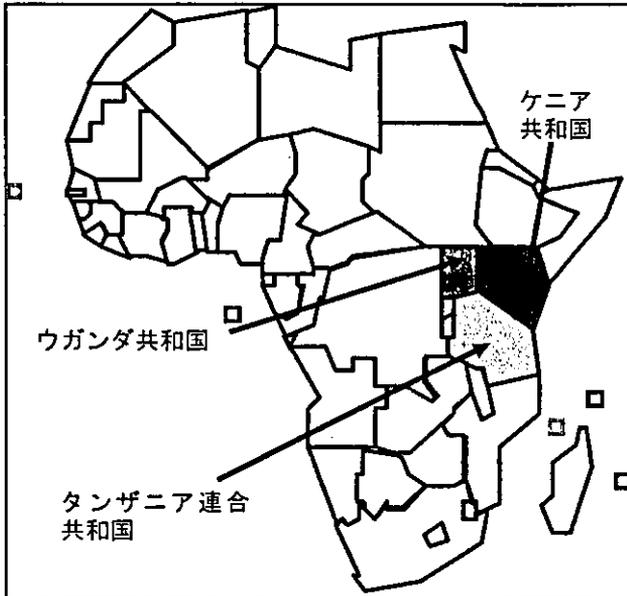
特定非営利活動法人
アフリカ日本協議会



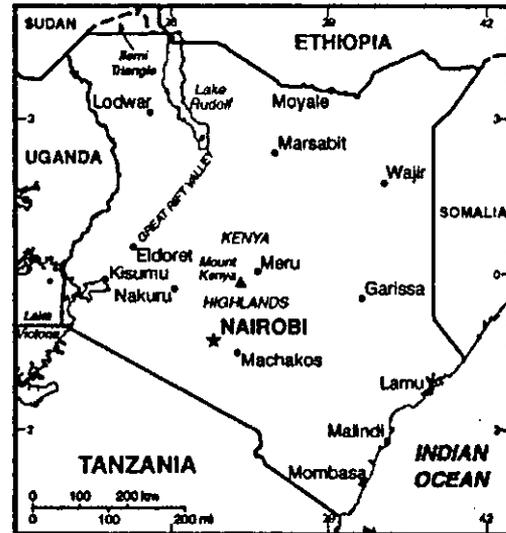
目次

全体・各国地図	1
はじめに：国境をまたいだリファレンス体制の構築のために	3
本ガイドの趣旨と使い方	5
ケニア共和国	6
1. 国のようす	6
2. HIV/AIDS の状況	6
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	8
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	12
ウガンダ共和国	14
1. 国のようす	14
2. HIV/AIDS の状況	15
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	16
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	18
タンザニア連合共和国	20
1. 国のようす	20
2. HIV/AIDS の状況	20
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	21
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	23
おわりに	24

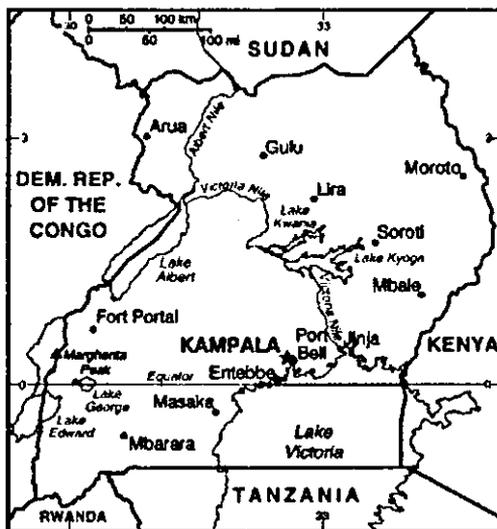
全体・各国地図



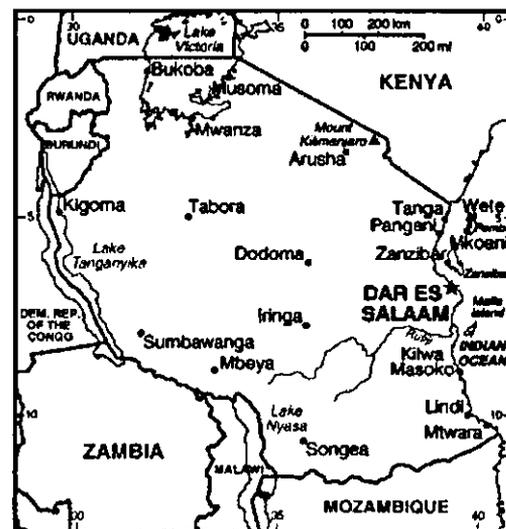
本書で取り上げる東アフリカ三カ国



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)

はじめに：国境をまたいだリファレンス体制の構築のために

(1) 在日アフリカ人コミュニティの現状

2004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、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1500～2000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）と考えられています。ただし、これらの数値はいずれも推測であり、国勢調査や法務省入国管理局の調査では、総数はこれよりもかなり低くなっています。

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・埼玉など）では一定程度の相互扶助のコミュニティが形成されていますが、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。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。

(2) 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、深刻な問題に直面することとなります。

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

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 PLWHA (HIV 感染者・AIDS 患者)、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、東アフリカの3つの主要国であるケニア共和国、ウガンダ共和国、タンザニア連合共和国の3つの国について、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

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、本書の中での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。

本ガイドに紹介し、もしくはとりあげた NGO や機関については、原則として、住所を示し、ウェブサイトを持っている場合には URL を付しました。連絡をする場合には、この URL を調査して、ご自分で連絡をとって下さい。

また、住所・ウェブサイト以外の連絡先(電話番号・メールアドレスなど)のご紹介はしませんでした。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 (HIV/AIDS コーディネーター)
- 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/>