

HIV と生きる人のための心理・社会的支援者育成研修ガイド

(在日ラテンアメリカ系市民 編)

日本語要約版

著者：特定非営利活動法人 CRIATIVOS－HIV・STD 関連支援センター

発行者：厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「NGO による個別対策層の支援とその評価に関する研究」班

発行：平成 18 年 12 月

協力：ブラステル Co.

目次：

はじめに（支援活動と当ガイド作成の社会的背景と使用目的）

1-2005 年度 HIV 感染の疫学的状況（世界、ラテンアメリカ、日本の状況）

2-HIV 感染の基礎的知識：HIV 感染の進行、日和見感染、抗 HIV 治療

3-HIV の感染と予防

4-HIV 抗体検査：感染の有無を知るには（検査内容とその結果の意味）

5-HIV 感染が人に及ぼす心理・身体・社会的影響

6-アドヒアランス

7-脆弱性の概念

8-私たちのセクシュアリティ

9-陽性結果の受け入れ過程と Elisabeth Kubler-Ross の「死へのプロセス」との類似点

10-支援活動を行うための基本姿勢

11-医療通訳の基礎（MIC 神奈川資料を参考）

12-日本の医療体制と社会保障体制

13-ブラジルの医療体制

14-HIV における電話での対応（一般相談及び、陽性者からの相談）

15-人権と HIV

16-終わりに

添付資料（抗 HIV 剤のリスト、支援関連団体のリスト：ポルトガル語・スペイン語のみ。

参考：インターネットサイト）

HIV と生きる人のための心理・社会的支援者育成研修ガイド

はじめに

1908年に始まったブラジルへの日本移民が2008年に100周年を迎える一方、20世紀後半から始まった日本へのブラジル人の移動は、2006年末には約30万人が登録されていた。私たちはより良い生活や夢を求めて移住をしており、その歴史を書き加えながら能動的に活動している。そしてエイズもその流れの一部として独自に自身の歴史を刻んでいる。

特定非営利活動法人 CRIATIVOS－HIV・STD関連支援センターは、この大きな人の流れやエイズの歴史の中の活動のひとつとして、1994年より開始された。日本社会の中でも特に弱い立場にある在日ラテンアメリカ系陽性者たちに、同じ人間、同じコミュニティの仲間として、医学・心理・精神医療の専門的な立場から支援活動を行っている。

本ガイドは、日本でHIV/AIDSと共生する、ポルトガル語やスペイン語を母国語とする人々の必要性に応じて作成された。HIVの感染、日本で採用されている治療法や対策に関する基本的情報を扱うと共に、セクシュアリティ、偏見、脆弱性、死などの問題を人々に直面させるものとしてAIDSをとらえる重要性を強調している。

このガイドは、より多くの人に基本的な情報が伝わり、このテーマに関して興味を持てるよう、平易な文章で書かれている。また、巻末には、参考としてポルトガル語或いはスペイン語でアクセスできるインターネットのサイトや支援団体のリストを掲載した。

(1) 2005年度 HIV 感染の疫学的状況

HIVに関する一番多い疑問はHIVがどこから来たのかということだろう。現在最も真実に近いと思われている仮説は、アフリカでHIVに似たウイルスを持つサルを食用として処理する際、人間に感染したというもので、HIVが確認されたのは1980年である。

現在、世界では4千5百万人のHIV陽性者/AIDS患者がいるといわれている。ブラジルでは、65万人以上がHIVと共生している。日本では約1万5千人、内20～30%が外国人で、ラテンアメリカ系は更にその中の30%前後といわれている。

ブラジルでは、人口の49%がHIV抗体検査を行っているが、日本では10%にも満たない。日本では、HIV感染は99%が性交渉によるとされているが、ブラジルでは、約85%である。

流行疫学データは年々改新されるため、最新の情報を入手することが重要である。最新データは巻末に掲載したインターネットのサイトで確認できる。

(2) HIV 感染の基礎的知識:HIV 感染の進行、日和見感染、抗 HIV 治療

新たにHIVに感染していると診断された人に、HIV感染のプロセスについて重要な知識と情報について述べる。HIVとは何か、体の中でどのように進行していくか、健康維持のためにどのようにモニタリングをするかなど。(以下、テーマのタイトル)

- ・ HIVとは何か(HIVの基本的概念)
- ・ HIVが潜入する細胞とは何か(CD4、免疫機能について)
- ・ HIVの進行と各段階(急性感染時期、無症状時期、AIDS)

- ・ 日和見感染
- ・ 抗 HIV 治療

(3) HIV の感染と予防

HIV 感染を広げないために重要なことは、安全な行為をすることである。感染するには、まず HIV が入っている汚染された体液の出口と入口があるということに注目する。

(以下、各ケースの感染経路とその予防方法の説明)

- ・ 性的行為
- ・ 注射針の使用
- ・ 輸血
- ・ HIV の感染経路と感染しないこと(キス、トイレなど)
- ・ 母子感染について (以下、多く寄せられる疑問の答えとして)

妊婦が PWHA の場合、妊娠中、出産、授乳時に乳児に感染させる恐れがある。しかし日本では 90% 以上の妊婦が妊娠の初期段階で HIV の検査を受け、陽性の場合、HIV 増加制御の投薬、帝王切開、乳児への投薬などがなされるため、乳児への感染の危険性は 1% まで下がっている。

男性パートナーが陽性者でも、精液を「洗浄」することで、女性パートナーへの感染を防ぐことができる。

男女双方が PWHA の場合でも性行為の際派はコンドームの使用が不可欠である、お互いの HIV が違う可能性があり、薬の効果も異なるためである。

子どもを生むか生まないかについては、夫婦が最終的な結論を出さなければならず、第 3 者が決めることではない。私たちにできることは、判断材料となる情報を提供することである。

(4) HIV 抗体検査: 感染の有無を知るには(検査内容とその結果の意味)

HIV に感染しているかどうかを知るには特定な血液検査を受けなければならない。普段実施されている、職場での健康診断での血液検査は HIV の感染は分析しない。日本では、HIV 感染の検査は全国何処の保健所でも、無料且つ匿名で受検できる。保健所以外でも、夜間又は週末でも HIV 検査を実施している所もある。

ウィンドウ期間とは

HIV の感染検査は、感染してから 2~3 ヶ月経過しないと検知できない。これは「ウィンドウ期間」と呼ばれる現象によるものである。

- ・ **陰性の場合:** 陰性と診断されれば、その人は HIV に感染していないことになる。しかし、それで安心せずに HIV 予防を行うことが必要であり、具体的な予防方法やその妨げについて話し合う。
- ・ **陽性の場合:** HIV の抗体が検知され、従って HIV に感染していることを意味する。この場合、総合的な心理面でのサポートが必要となる。医学的、薬学的見地からの治療法や闘病法、HIV と共に生きるためのサポートが必要となる。
- ・ **未決定(判定保留)の場合:** 迅速では、陰性とも陽性とも確実に分析されないことがある。この場合、血液見本は別の分析機関へ送られ、後日結論されることになる。陽性の場合には上記に準じた準備が必要になる。

検査のプロセス

HIV 検査を受けるには、検査前に検査前オリエンテーションを受けてから血液採取へと向かう。検

査の結果は医師から告げられるが、その後は医師または専門の保健師、社会、心理カウンセラーによって検査後カウンセリングが行われ、結果内容によって予防または支援が行われる。

(5) HIV が人に及ぼす身体的・心理的・社会的影響

HIV に感染したということは体内に時限爆弾を抱えている状態であるとも捉えられる。糖尿病やガンなどと同じく治療困難(慢性病)な病気になりつつであるが、HIV は他者に感染するということがそれらの病気と異なることであり、こうしたことが要因で、陽性者に身体的、心理的、社会的な影響が及ぶ。

身体的影響

健康への影響が何よりも大きい。HIV に感染したこととわかったときから、陽性者は医療機関に頻繁に通院するなど医療的なサポートが必要になる。CD4値が減少すると日和見感染症発症し、入院または通院しなければならない。薬物治療による副作用が生じ、HIV の進行は各臓器の中で健康に大きな影響を及ぼしていく。

心理的影響

陽性であるとわかると心理的な影響も非常に大きい。HIV と生きることは非常に困難であり、死に対する恐怖が常に付きまとう。死は非常に現実的なものとなることから、それに対する恐怖は現実逃避、過度の不安、自暴自棄、無気力といった形で現れる。

同時に、HIV は性的行為を通じて感染することから、陽性者にとって恋愛、結婚、子どもなどは重要なテーマになる。夫婦やパートナーが両者共に陽性者と診断された場合、どちらがうつしたかという諍いが起こる。私たちは常に中立を保ち、消して意見などは述べてはいけない。大事なのはこれから先、将来の人生をどう設計するかである。

性生活では、一時的に性欲の減退をもたらすこともあるが、長期的には健全な性生活を営むことは心理的にも好影響を与える。但し、常に感染を予防することに留意せねばならない。

HIV 陽性者が鬱状態に陥ることはままにある。日本においては、こういったとき、常に母国語でフォローすることが求められる。鬱は HIV の進行に伴うこともあるが、抗 HIV 剤の副作用による場合もある。自殺にいたるケースもあるので、何か気づいたら、医療従事者との連携すること、つまり、精神状態を医療従事者に伝えることは重要である。

社会的影響

社会的影響の面では、最初に不安に感じることは経済的な問題である。

通院にしろ入院にしろ、仕事を休むため収入が下がるのみならず、結果職を失うことにもなる。長い年月を経て、貯蓄できた貯金を使い果たす結果になる。そのため、可能な限り日本の社会保障を利用して、生活の建て直しを計らなければならない。ビザがある場合は保険に加入することで、かなりの費用を負担することができるが、問題はビザのない場合であり、本人が治療費を実費で負担しなければならない。この場合支援に関して必要なことは病院のソーシャルワーカーに働きかけることである。問題は HIV 陽性者がこのまま日本に留まるか、帰国するかということだが、最後は本人の決断にゆだねられるものの、その決断は精神的に安定しているときにあらゆる必要情報を与えられた上でなされるべきものである。当面の費用の問題が解決しても、社会生活の中での問題が始まる。例えば、職場での定時の薬の服用が上げられる

日常生活では、闘病と家族や職場での社会生活が平行して営まれる。このとき、周囲の人が HIV 陽性者

であることを知っていて理解を与えてくれるのと、そうでないのとでは大きな差異がある。

(6) アドヒアランス

アドヒアランスとは簡単に言えば、情報を提供されることで、HIV 陽性者が自分の置かれている状況を理解し、受け入れることで、治療を受け入れて治療上の約束事を守っていくということである。

陽性者側からのアドヒアランスを向上させるには、ひとつは可能な限り服薬を生活のリズム(日常的な活動、仕事の時間、家庭での生活など)に合わせるであり、もうひとつは感染の受け入れ程度や感情の波に注意を払うことである。陽性者であることに否定的であれば、鬱やその他の感情がアドヒアランスを妨げることもあるからだ。

支援者の仕事の目的のひとつは、患者のアドヒアランスの向上である、薬を退く飲まないの決定は常に患者側にあるが、私たちの役割は、情報を提供し、常に中立的に支援を提供することである。この情報提供の際は、必ず担当医とともになされなければならない、そのため、医師との連携が重要である。

決められた時間に薬を飲まないとどうなるか？

決められた時間に服薬しなかったら、血液中の抗ウイルス剤が少なくなり(薬物の血中濃度が下がる)、HIV の増殖を効果的に抑えることが出来なくなり、結果、さらに強いウイルスが発生したり、薬の効力が低下したりする。

(7) 脆弱性の概念

HIV に関する情報が無かった訳でもなく、予防法もよく知っていたにもかかわらず、HIV に感染した、と言う例は数多くある。予防に対し強く作用し、人を脆弱化し、HIV に向き合わせない要因があることがわかってきた。その要因は個人的、社会的そして制度的な3つに分類される。

脆弱性の個人的側面

HIV を予防するためには、情報を得、それを実際に活用しなければならないが、それを可能にするには、自己の価値を認めたり、人間関係のパワーバランスやその時々心理的感情の状態などを考慮しなければならない。HIV から身を守るには自分を大切に思うことが重要であるが、在日ブラジル人を取り巻く社会的背景においては、それは大変難しい。大半のものは家族から離れ孤立し、工場で長時間働き、社会的には一つの「物」、「労働者ではなく労働力」として扱われ、疲弊し、自尊心が低下しているといえる。そのような状況下で、不意に性行為に及んだときに、HIV 予防まで行えるだろうか？

脆弱性の社会的側面

常に情報を流したり、忘れないように問題に取り組んだり、グループによる支援をしているかといった社会的規範や雰囲気は、予防を行うかどうか決定する際に大きな影響を及ぼす。例えば反対に、「エイズなど怖くないからコンドームは使わない」という暗黙のルールのようなものがある思春期のグループ内では、そこに属する者はコンドームを使わないだろう。

脆弱性における制度上の側面

予防の効果的プログラム、誰もがアクセスできる戦略的システム、陽性者への支援システム、適当な法律の整備や人権への配慮など、その土地独特のエイズ政策が制度的側面として上げられる。すばらしい予防法とは、まず個人から始まり、家族、身近な者愛環境、学校、友人のグループ、コミュニティ、職場環境、社会、行政などすべての人に強化されたものだと考えられる。

在日コミュニティは大変脆弱である。言語、文化的な知識のない他国において、社会生活から切り離され、

母国で得ていたような支援ネットワークももたない。一方、ブラジルにいるときよりも日本にいるときの方が、エイズが身近に感じられないと言う意見が聞かれる。日本滞在中は、経済的な事柄が優先的であり、健康は二の次である。ブラジルからはエイズ情報が届かないか、届いても在日コミュニティに現実味がない。在日ブラジル人の4割は、10年以上日本に滞在しており、日本の感染状況に接触する機会が増えているといえる。

(8) 私たちのセクシュアリティ

セクシュアリティと死は HIV/Aids の問題と密接に繋がった問題である。主要なテーマになりうるし、陽性者のアドヒアランス大きく影響を及ぼすため、エイズからこのテーマを切り離すことはできない。

セクシュアリティは、「バイオロジカルな性」、「性的指向」、「アイデンティティ」、「社会的役割」の4つの側面から構成される。このことに関して「正常」「異常」といった問題に触れてならない。一人一人が異なるようにセクシュアリティも人それぞれだからである。

- ・ 生物学上のセクシュアリティ: 遺伝情報によって決定され、男性と女性の間にある線上に位置するが、その中間は両性具有であり、2つの器官を併せ持つ。そして、その両極端間の線を、私たちが位置づけられる。
- ・ 性的指向: どの性別へと性的欲求が向けられるかによって決定される側面。異性に向けられるか、同性に向けられるかに分けられる。そして、例え無意識のレベルでも私たちは、その両極端間の線のどこかに位置づけられる。
- ・ セクシャルアイデンティティ: 自分を男性と考えるか女性と考えるかという側面。または、その男性と女性の間にある”より男性的”、“より女性的”なども含めて、私たちは異なったアイデンティティを持っている。
- ・ 社会的役割: ある社会の中で、歴史上の特定の時期に果たされる役割。この側面は流動的で、同じ特徴でも環境によって男性に分けられたり、女性に分けられたりする。そして、時には”男性”であり時には”女性”であることもありえるでしょう。

性的に多様化した人々と関係することになるが、ある価値観を述べたり、偏見を表したりせずに、色々な状況に対処できるようにならなければならない。支援活動においては、自分たちの価値観を再評価し、グループで働くことが必要である。自分たちの問題点を認識し、話し合うことが大切である。

(9) 陽性結果の受け入れ過程と Elisabeth Kubler-Ross の「死へのプロセス」との類似点

HIV 検査で陽性と診断された瞬間、最初に頭に浮かぶのは「死」である。この過程は、Elisabeth Kubler-Ross の「死へのプロセス」に類似しているが、幾つかの点で相違点がある。HIV の場合は直線的ではなく、すなわち異なった順番で、色々な瞬間に繰り返して表れる。

否定: HIV 検査の結果が陽性であるということは、容易に受け入れられないことから否定は非常に普通な態度である。同伴する支援者は、この場合単に結果を受け入れるよう説き伏せたり、陽性者の疑問に同調するようなことがあってはならない。結果を受け入れることがどれだけ難しいことかを理解し、静かに見守るのが良い。

憎悪: HIV そのものに対する憎悪のみでなく、すべてのもの、医者、病院はては支援者まで憎悪の的にする。

取引: PVHA が現状を何か他のものと取り替えようとする段階である。「何かよいことをすれば罰は受けな

い」、または「何かよいことをすれば、HIV は直るかも」と言う無意識的な気持ちの働きから生まれる。まだ、自分自身の HIV を受け入れていない段階で他の PVHA の手助けをしたいと考える時期も出てくる。

鬱:鬱はどの段階でも現れる現象である。日本においてこの現象が見られたら、できるだけ傍で付き添い、必要な手段を早期に取れるカウンセラーを手配するべきである。重症で且つ慢性の鬱病患者の場合自殺に結びつく危険性がある。

受入れ:HIV を受入れ、感情的に安定した状態をいう。Kubler-Ross では、この時期を終末期と考えるが、我々は HIV を事実として受入れたと結論付けている。受入れを認識した段階では、同時に死についても準備しておく必要がある。日本では、法律で火葬が義務付けられているので、遺体をブラジルに持ち帰りたいのならば、航空会社と必要な手続きをとらねばならない。

期待:治るのではないかという期待が常にある。治療に期待することは必要だが、同時に科学的根拠に基づく情報かどうか、確認することが求められる。

(10) 支援活動のための基本的な姿勢

- ・ **傾聴:** 思念活動の基本は、陽性者の話に、先入観をもったり、必要以上のことを話したり、自分の価値観を押し付けることなく耳を傾けることである。
- ・ **受容的態度:** 落ち着いて親しみをこめて対応し、言葉に表れないコミュニケーションに敏感であること。会話の中では、タブーとされているテーマも出てくるが、それに対して偏見も持っている、それが無意識のうちに表れ、陽性者との間に壁を作ってしまう。
- ・ **自分自身の限界を知る:** 私たちは常にすべてを完璧にこなすことはできない。自分自身を知ることが自分の限界を知ることになる。私たちはブラジルでは、医師などの専門職についていたが、日本ではブラジルと同様の活動を行うことはできない。そこで、私たちの役割はあくまで、患者をサポートすることである、治療や診断を行うものではない。患者と医療の専門家(医師、看護師、ソーシャルワーカーなど)とを、患者の母国語を介しながら繋げるものである。これは、非常に大切な活動であり、在日陽性者によりグローバルな支援を提供するものである。
- ・ **グループによる活動:** グループで働くことは、私たちが経験や疑問や不安を分かち合ったり、緊急時に対応するのにとても重要であるが、様々な人に接することは陽性者にとってもよいことである。
- ・ **現場での支援ネットワークを活用する:** 在日外国人問題では、現場の専門家が味方になってくれるかどうか大きな意義をしめている。病院内ではソーシャルワーカー、看護師やカウンセラーである。各病院の医師やソーシャルワーカー、看護師などを覚えてことも大切である。また、家庭内暴力、移民問題、薬物アルコール中毒、セラピーなどを扱う NGO との連携も重要である。患者が帰国する際には、現地の支援グループと連携することもあることから、国際的な支援ネットワークを持つことも大切である。
- ・ **質の高い情報を取り入れる:** 必要、要求された情報を蓄えておくのも私たちの仕事である。間違った情報を与えないよう、注意深く確認しなければならない。また患者のみならず、日本の医療者からの要求にも応えられるよう、母国のシステムなども知っておくこと。
- ・ **宗教:** 宗教は非常に支えになることもあるが、宗教上の理由から、患者が服薬を拒むときには、情報を提供し、動向を見守る。

(11) 医療通訳の基礎知識

支援活動の分野では、病院での通訳が大きな場面を占めている。病院での通訳で一般的なのは逐次通

訳(患者が話し、その後通訳する)である。以下は、その基本点である。(MIC かながわの研修を参考)

- ・ 患者や医師が言うことだけを訳し、余計なことを付け加えない
- ・ 自分の意見を述べない
- ・ 感情をはざまず、落ち着いてゆっくり話す
- ・ メモを取る、辞書を引いていいか聞く、医師にもっとゆっくり話してもらうよう頼むなど
- ・ HIV に関連した語彙や医療知識、日本の社会保障などを勉強する
- ・ 医療機関内での担当や各役割を確認する。
- ・ 陽性者のプライバシーを守る
- ・ 患者と医療関係者とのコミュニケーションが円滑にすすむよう努める
- ・ 医師や病院側について否定的な見解を言葉のべない。人権を傷つけたり、差別、明らかに間違った医療行為が認められるときには、他の支援団体や専門家に相談する。
- ・ 一人で抱え込まない。自分自身の精神的健康を保つために、信頼の置けるグループで活動し、共有する。
- ・ よい良いサービスを提供するために、自分の健康にも気遣う。

具体的に、患者の支援は以下のような段階を踏んでいくことが多い:

- ①HIV 抗体検査のプレテストカウンセリング、その後、陽性の結果を受けるとき
- ②病院の受付での診療手続き
- ③第一回目の診察で、医師からの HIV についての説明が行われるとき
 - ④その後の各診察の際(これは個人の病気の進行状態によって異なる)
- ⑤社会保障に関する相談(治療費の助成を受けられるよう手続きする。)
- ⑥服薬に関する支援(薬の説明や服用に仕方を説明)
- ⑦入院時(患者の状況や希望を病院側に伝えたり、病院側の診療方針を患者に伝えるなど橋渡しをする)
- ⑧終末段階: 医師について、残された時間やどういった症状が出るかなど患者に説明するほか、延命治療や家族の希望などを話し合う。患者が死亡した後は、葬式や残された家族のケアを行う。

(12) 日本の医療体制と社会保障体制

日本の医療保険制度は、先年度の収入に応じた保険料のもと、30%が本人負担、残り 70%が保険により支払われる。日本には、HIV 関連の医療機関が全国 400 機関以上あるが、外国人の治療の経験があるのはごく少数である。日本の社会保険制度は中々複雑で変更も多いので、病院に配属されているソーシャルワーカーとよく相談することが大事である。この社会保険制度は、健康保険制度と基本的には一体のものであるため、健康保険制度に加入していることが特に重要である。

医療費助成制度(毎年変更があるので、常時新しい情報に注意しましょう)

高額医療費補償制度: 同一医療機関に同一の病気で治療を受けた場合、一ヶ月の医療費がある金額を超えるとその分の医療費の還元を請求できる制度がある。

高額療養費貸付制度: 地方自治体の社会保険事務所を通じて高額療養費の貸付を申請できる制度がある。

身体障害者医療費助成制度: HIV 陽性者を含む身体障害者に登録された人に対する医療費助成制度がある。

厚生医療費助成制度: 18 歳以上の HIV 陽性者の治療費の助成制度がある。

生活費助成制度

傷病手当金:健康保険では、病欠によりカットされた賃金を補填する制度がある。

障害年金:身体障害者に対する年金制度がある。

生活保護:生活を同一にする家族の年収が一程度以下の場合生活費の補助を申請できる制度がある。

障害者割引制度:

HIV 陽性者を含む障害者手帳の保持者には交通費やある施設への入場料の割引、所得税の控除などの特典を受けられる。

ビザのない滞在者に対する制度

労働災害補償保険:労働災害による傷病の治療費や賃金補償制度。

結核予防法:結核患者の治療費と療養費の助成制度。

精神保健福祉法:上記家結核患者に準ずる。

旅行病人、死亡者取扱法:身寄りの無い旅行者の緊急或いは死亡時の助成。

救急機関補填制度:地方自治体による救急病院への助成。

入院助産制度:協定医療機関に対する、支払い不能者の出産費用の免除や割引制度。

未熟児養育医療制度:2KG以下の未熟児の入院費の助成。

育成医療:18歳以下の難病患者や障害者への助成。

(13) ブラジルの医療体制

ブラジルでは、健康単一法のもと HIV 陽性者は、治療、投薬すべて無料で提供され、且つ経済的、社会的援助を受けられる。

(14) HIV における電話での対応(一般相談及び、陽性者からの相談)

HIV に関する電話対応は、2つの面を持つ。一つは一般的な HIV に関する相談、他は HIV 陽性者を対象とした電話である。

HIV に関する一般的な情報

誰が電話してきているかによく注意し、正確な情報を与えることに留意せねばならない。

HIV の予防と感染に関する情報:言葉遣いに気をつけ、性やドラッグについての憶測や偏見無しに対応することが求められる。

感染に対する懸念:電話してくる人は感染の懸念が強いあまり相談しているのだから、冷静に、丁寧に対応すべきで、安易に結論を出さず、とにかく検査を受けるよう勧めることである。

検査に関する情報:何処でどのようにして検査を受けるのか、おして何処なら通訳がいるのかなどが与える情報のポイントである。日本語が良く話せない相談者の場合、一旦電話を切り、相談者に近い検査機関とコンタクトを取った後に再度電話するようにするとよい。この場合、相談者に対して検査前カウンセリングを与えることになる。

電話対応の基本的態度

共感:親密に、冷静、丁寧、親切に対応し相談者に対する親密性を示すこと。

無条件の受け入れ:先見性や偏見は誤った情報を引き出すことになる。

能動的傾聴:

オープンクエスチョン

相手の言葉を繰り返す

感情を反射する

自分自身で解決の道を探る

HIV 陽性者からの電話への対応

現状:今の問題を聞く(カウンセリングマインド)。

感情を聞く:感情の起伏を良く捉える。

非指示的態度:あれこれ指図しないこと、結論や解決法を話さないこと。

能動的傾聴:上記のテクニックを使用

情報の提供:相談者の要求に応じた確かな情報を与える。例えば、医療機関、治療、投薬、健康保険、社会保険、法律等々。

受け入れ態度:相談者にとって何時いかなるときでも、どのような相談も受け入れることを示す。

“あなたは一人ではない”と言うメッセージを与える: HIV 陽性者たちの相互自助グループのことを知らせることが重要と考える。HIV/AIDS に関するすべてのことが、母国語で話し合える場所の情報を与える。日本語での NGO は各所にあるが、ポルトガル語とスペイン語では CRIATIVOS が日本で唯一の団体である。

(15) HIV に関する人権

HIV を理由に解雇はできない。

HIV 検査は本人の同意なしではできない。

プライバシーの保護の義務

HIV 感染、経済状況、人種、性別、セクシュアリティなどによって差別されてはならない

インフォームドコンセント: HIV の場合は、治療や病気の進行に関するあらゆる情報が与えられ、理解し同意することである。

(16) 終わりに

このマニュアルは、HIV に関するテーマに関心を寄せる人々に解答を与えるものでもなく、またモデルでもない。単なる入口を示すものである。HIV/AIDS に関する問題に取り組もうとする人は、常に新しい情報などに眼を向けられたい。

このマニュアルについてのご意見を e-mail にて CRIATIVOS 宛お寄せください。

elisaa@beige.ocn.ne.jp

付表

付表 1

2006 年現在、日本で使われている抗 HIV 薬の一覧表(ポルトガル語)

付表 2

HIV 関連諸団体一覧表(ポルトガル語、スペイン語)

付表 3

HIV に関するインターネットサイトの一覧表(ポルトガル語、スペイン語又は英語)

2006年度版

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

南アフリカ共和国の HIV/AIDS治療アクセス ハンドブック



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

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

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出来ます。

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。

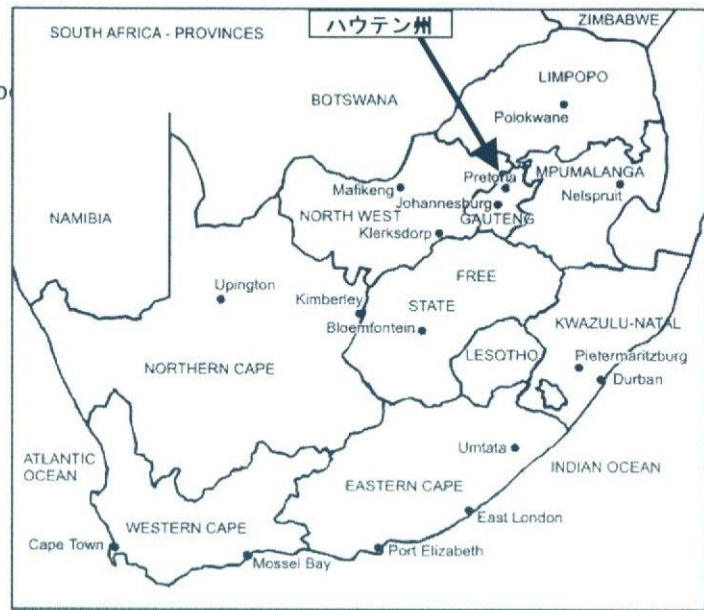
以下のことを知りたい方は、本章の以下のページをお読み下さい。

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

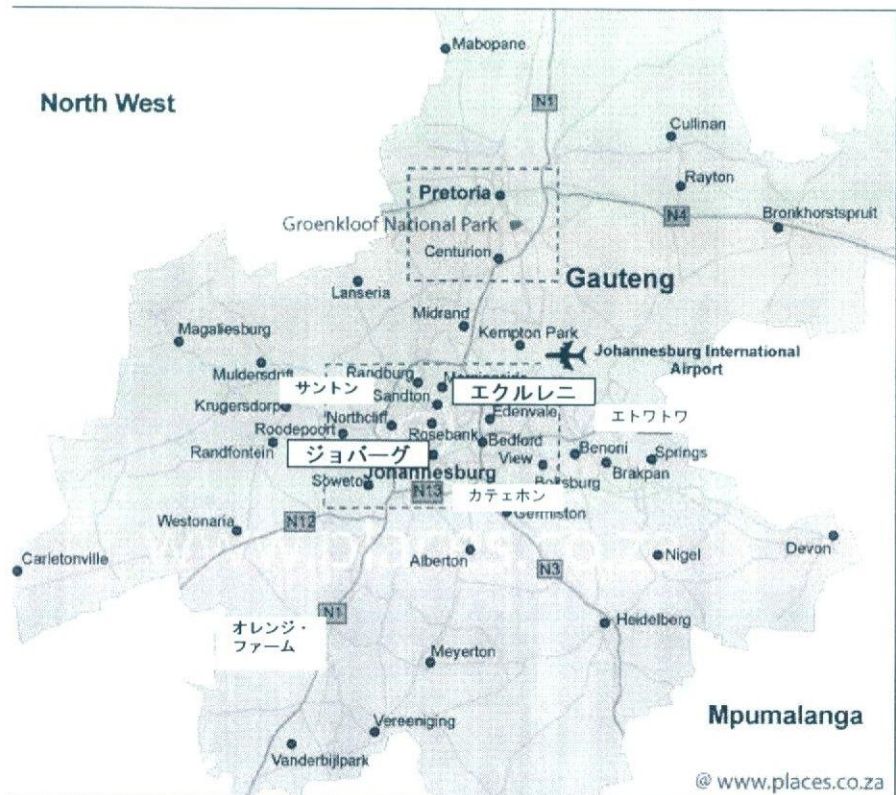
※本編で中心に扱う「ハウテン州」は南アの北東部に位置する州で、南アの州の中でももっとも面積が小さい。



(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

○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

- 面積：121 万 9912 平方キロメートル
- 人口：4690 万人（2005 年中間センサス）
- 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 Coloured¹
 - ✓ 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
- 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）
- 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）
- 経済成長率：4.9%（2005 年推定）

- 一人当たり国内総生産：12200 ドル（2005 年推定、購買力平価）
- 家計収入分配に関するジニ係数：0.77（2001：Human Sciences Research Council）
- 人間開発指数（HDI）：0.653（177 カ国中 121 位）
- 乳児死亡率：60.66（1000 人中：男性 64.31、女性 56.92）
- 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）
- 識字率：86.4%
 - ※男性 87%、女性 85.7%（2003 年推定）
- 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支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

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。

を生み出したことから、その政治的体質の如何にかかわらず、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 4～6% 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チブ」（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が、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越え、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えます。

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	550 万人 (490~610 万人)
・児童 (14 歳以下)	24 万人 (9.3~50 万人)
・成人 (15 歳以上)	530 万人 (480~580 万人)
・女性 (15 歳以上)	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% を越えるまでに至りました。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するという構造ができあがっていました。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出来ます。

(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	12.6%
フリー・ステート州 Free State	10.9%
北西部州 North West	10.8%
ハウテン州 Gauteng	8.9%
東ケープ州 Eastern Cape	8.0%
リンポポ州 Limpopo	5.4%
北ケープ州 Northern Cape	1.9%
西ケープ州 Western Cape	
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

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 15-49 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教となっている。

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 feminization）。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ります。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