

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＝ンツ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・マチャラ＝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＝ンツカ副大統領とマチャラ＝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ハネスブル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53000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15000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35000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。恥をかった南ア政府は、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出来ます。

(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。

○第1選択処方	スタブジン d4T ラミブジン 3TC ネビラピン NVP
	スタブジン d4T ラミブジン 3TC エファビレンツ EFZ
○第2選択処方	ジドブジン AZT ジダノシン ddl カレトラ RTV+LPV

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えることができます。

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）で見ると世界第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alaria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人ス人の政党である「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人ス人、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させていく機能も果たしました。

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（ジョバーク）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、自尊心が失われ、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はなく、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 年に小山えりこ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。それ以後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ーバーグ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、ジョー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ーバーグです。ジョーバーグはこれを取り巻く全長90キロの環状道路に沿って広域化し、拡散と膨張が続けているため、その全貌を把握するのは容易ではありません。ジョーバーグ中央駅（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 Tshwane⁵）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。

ジョーバーグには、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。ソウェトはジョー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ズ・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ズ・キャンプは、ソウェトだけではなく、ジョー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、もともとジョーバーグの東部「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。

同地域には金鉱山なども多く存在しており、鉱

⁴ 正式名称はジョーハネスバーグ 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。

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。ジョバーク郊外には、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。

ジョバーク市（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ク中央駅周辺から、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ク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。
- ・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が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760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るかもしれませんが、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。ただし最近で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。

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」と呼ばれる乗り合いバス（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ラインを下回った社会援助給付制度の制度などをふまえると、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という言葉に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ー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。公立の医療機関は初診料 20 ランド以外は原則無料ですが、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、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・キャンプ地域は不法居住地区のため、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) ジョバーク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よそ2~4万人程度とのこと。

A. ジョバーク市内

ジョバーク市内では、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。

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)
- ・スポケン病院 (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

○インカニェジ 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。

○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。

○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 ARV クリニック。

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。

○クリス・ハニ・バラグワナ病院 (ソウェト)

○コパノン病院 (セディベン市)

○スポケン病院 (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) 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。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 カード (16 歳以上の人口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 の供給が必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、1500 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う可能性もあります。

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 カード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。ジョバーク市内で、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)ハウテン州における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 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ク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支給に至りました。

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ソーシャル・ワーカーは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るが、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」の場をソーシャル・ワーカーが確保。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、テンピサ病院に対して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、テンピサ病院の医師が対応を改める旨の署名に了解したことで、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760ランド(=13,000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カードが必要です)
- ・ 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なり、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カードが必要です。子どもについては、出生証明書が必要です)
- ・ 児童の年齢は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。

- ・ 児童1人につき160ランド(=2700円程度)が支払われ、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、エイズ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、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取ることができます。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、老人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)があります。このうち、緊急支援制度については、HIV/AIDSとの関連で言うと、例えば、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。

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。

(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う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 コンソーシウム (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>

p)

(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 カード) の発行も適切に行われているとはいえない状況にあります。こうした状況において、手続きが複雑で、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 2000 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 160 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、早晚、治療が効果を持たなくなることは必定です。

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った事例。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るにもかかわらず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い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・ベイスト・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。デヴィトンというタウンシップ内にはホーム・ベイスト・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出来ます。なぜなら、同じデヴィトン内で家族から阻害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ヶ月後の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、ムブマランガ州との境にある「エトウワトウワ」Etwatwaというタウンシップに逃げてきました。エトウワトウワでの住居は、シャックと地元で呼んでいるトタンでできた掘建て小屋です。エトウワトウワは、クリニックや小・中学校と雑貨屋以外は何もなく、行政機関での要を足すためにも、隣接するタウンシップ「デヴィトン」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。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、彼女は一晚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