

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・ワーカー)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ワト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、エトワト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。エトワト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ため、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、テンピサ 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、テンピサ病院で 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きます。

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。これを担いするのが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するものです。

○ 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、これにより自尊心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ムアウトして活動し、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や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った場合もあります。

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、医療機関の外來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、ジョバークに隣接するエクルレニ市のケンプトン・パーク（Kempton Park）にあるジョバーク国際空港（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

ジョバーク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、ジョバークの様々な HIV/AIDS に関す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ピサイド (HIV 予防錠・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、組織形態は 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て、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

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となります。

●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：カテホンの「マサカネ・グループ」の例から

ジョバーク郊外、エクルレニ市の南東部にあるタウンシップ「カテホン」(Katllehong)で、ケア・サポート・グループの設立・運営に関してきたオーパ(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、検討する場合があります。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ではなく、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、クリニック内にてピース細工などの作成と、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ち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せ

ているカテ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、エトワトワ(Etswatwa)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した。

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、エトウワトゥワの住民が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たらしました。

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ッ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えることができました。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となります。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ないし、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ってすにおり、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歩だったと思われる。

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十分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ただけで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った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、エトウワトウ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人の世話をしてく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行政やクリニックのスタッフに出会い、また地元に住居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、看護師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味も複数の人々が口にしました。

2006年の間に、地元に住居しソウエトの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した。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き、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か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：テンピサの「イググレッツ・サポート・グループ」の例から

ジョバークの北東のエククルレニ市内に位置する

タウンシップ、テンピサでケア・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・チャミニさん (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つけることが必要と説明しています。

私自身、レイブによって 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、自分は死ぬと置いていけ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のよいのです。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 : 伝統医師師のこと) 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きます。

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』だと思ふべきです。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点、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 하나가、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、ジョバーク周辺で活動する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.
- ・ F A X: +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、ツアカネ、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、ツアカネ 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、ジョバーク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 (Phololosong) 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、子連れの子守りや待合時間の話し相手や荷物番など様々なことが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。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な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しまう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のでしょうか。

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ります。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ります。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

- 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と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	Zerit(ゼリット)
	ラミブジン 3TC	EpiVir(エピビル)
第2処方	ネビラピン NVP	Viramune(ピラミュン)
	スタブジン d4T	Zerit(ゼリット)
	ラミブジン 3TC	EpiVir(エピビル)
第2処方	エファビレンツ EFZ	Stocrin(ストックリン)
	ジドブジン AZT	Retrovir(レトロビル)
	ジダノシン ddI	Vitex(ヴァイテックス)
	リトナビル+ロピナビル RTV+LPV	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

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 オルセグン・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ェリア川（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・オジエ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

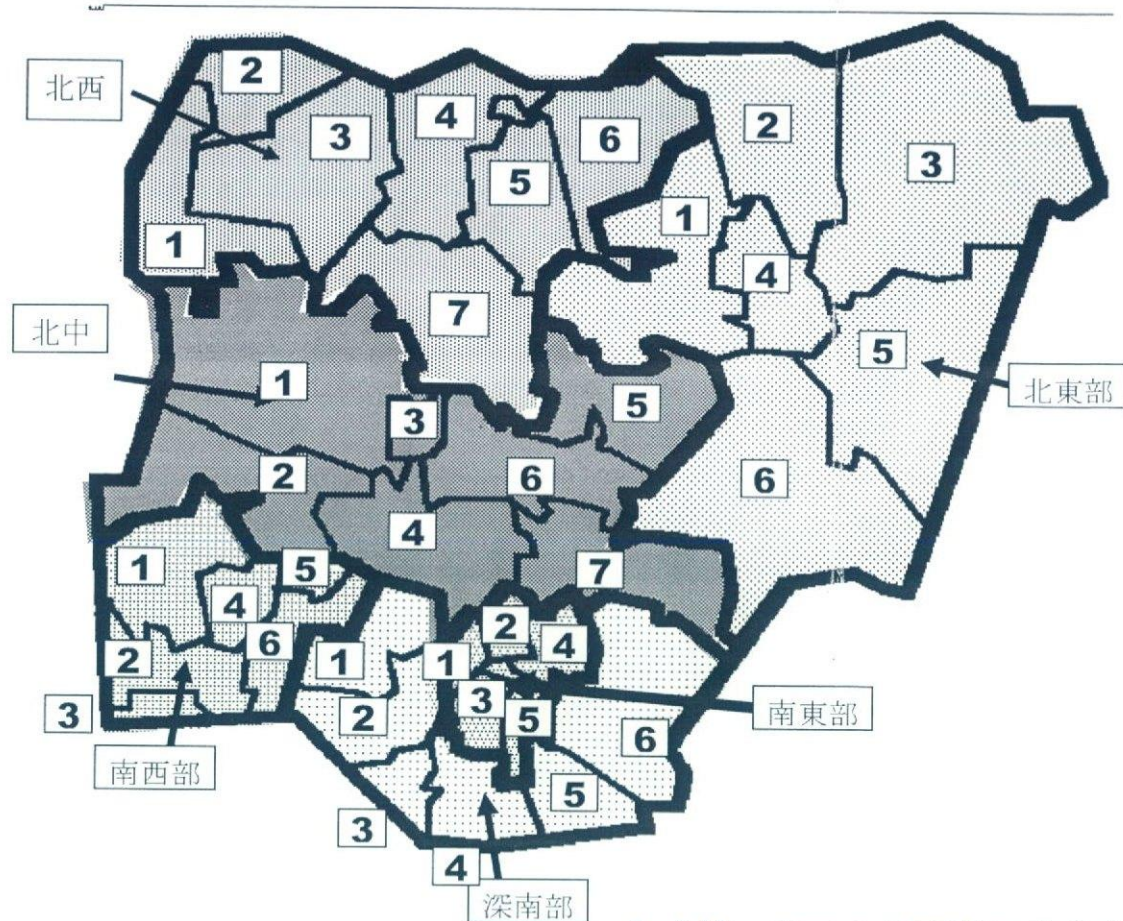
(1) HIV/AIDS の全国的動向

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	パウチ 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%	バイエルサ 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%	--