

**Civil Society and HIV/AIDS
in Developing World:
a Guide
for Japanese Health Sector NGOs**

**どうする？！
NGOの
HIV/AIDSプロジェクト**

★はじめてのあなたのためのスタートキット★

【執筆者について】

執筆は2003年度保健分野NGO研究会事務局を務めたアフリカ日本協議会(担当:稲場雅紀)が行った。ただし、第2部の2については水島希(SWASH: Sex Work and Sexual Health)と稲場雅紀、第2部の3については、吉田智子(アフリカ日本協議会)が行った。

【監修者について】

第1部の各章については、以下の監修者が監修を行った。

1. 戸代澤真奈美((特活)ワールド・ビジョン・ジャパン)
2. 生島嗣((特活)ぷれいす東京)、西山美希((特活)シェア＝国際保健協力市民の会)
3. 和田知代((特活)HANDS)
4. 横森健治(前(特活)アムダ アフリカ地域プログラム・オフィサー)
5. 角井信弘((財)ジョイセフ)

第2部・第3部を含む全体の監修については、枝木美香((特活)アーユス＝仏教国際協力ネットワーク)、沢田貴志((特活)シェア＝国際保健協力市民の会)、樽井正義((特活)エイズ＆ソサエティ研究会)、長谷川博史(JANP+)が行った。

はじめに

外務省では、日本のNGOが組織能力を高め国際社会で一層活躍できるよう、1999年度より「NGO活動環境整備支援事業」を導入し、NGOのキャパシティ・ビルディング(能力向上)に資する支援を行っています。

その一つとして2001年度より開始された事業が「NGO分野別研究会」です。分野別研究会では、「保健・医療」、「教育」、「農業・農村開発」の3分野で活動するNGOが、自身が抱える諸問題や課題について討議し、その専門性の向上やネットワークの強化を図ることを目的としています。

そのうち保健・医療に関する研究会は、1996年度に開始された「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)／沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI)に関する懇談会」に参加しているNGOグループから成る保健・医療分野ネットワークが主体となって実施しています。2003年度の保健・医療に関する研究会では、「プロジェクトの現場から：保健分野NGOの実践と情報の共有に向けて」、「HIV／AIDSの将来の課題とNGO活動」、「アジアにおけるHIV／AIDSの課題とNGO活動」の3つのトピックを取り上げ、計13回のシンポジウムやセミナーを開催し、1回の海外研修を行いました。また、研究会には、日本だけでなく、アフリカやアジアからも、NGO関係者や有識者が講師・パネリストとして招かれました。

この研究会は、個々の保健・医療分野で活動するNGOの知識向上に資するだけでなく、参加者間の交流・情報交換の場としても大変有益なものであると言えます。また、研究会が実施する企画には、NGO関係者のみならず、他の援助関係者等も多数参加しており、広い視野での議論が展開されることも特色と言えるでしょう。

ここにご紹介するのは、そうした研究会での成果を基に、HIV／AIDSや保健等の分野における諸問題にNGOがどう取り組んでいけるかについて包括的にまとめたハンドブックです。基本の対策プロジェクトから問題の最新動向までを分かりやすく指し示していますので、保健・医療分野で活動するNGOだけでなく、関心を持つすべての人に一読され、活用されることを期待しています。このハンドブックが、様々な国際協力を行う関係者皆様の活動に資するものとなれば幸いです。

2004年3月
外務省経済協力局
民間援助支援室長
城 所 卓 雄

目次 CONTENTS

略語表…………… 4

序章 まずHIV/AIDS対策アプローチの全体を見渡してみよう…………… 5

～どんな問題に対して、どんな対策があるのだろうか？～

1. このハンドブックの使い方…………… 5
2. HIV/AIDS対策の多様性…………… 6
3. どんな対策があるのか？…………… 6
4. それぞれの対策の連携が成功のカギ…………… 9
5. 本書の構成…………… 10

第1部 NGOのHIV/AIDS対策プロジェクト…………… 11

～何をどうすればいいの？～

1. HIV/AIDS対策プロジェクトを作るための事前調査…………… 12
2. 効果のある予防啓発とは…………… 17
3. VCT(自発的カウンセリング・検査)その重要性和可能性…………… 21
4. HIV/AIDSと包括的ケア・サポート…………… 26
5. 地域保健とHIV/AIDS: 関連する活動をつなぐ…………… 30

第2部 誰にとってのHIV/AIDS対策…………… 35

1. 個別対策とは何か…………… 35
2. セックスワークに関わるHIV/AIDS対策…………… 41
3. ドラッグ・ユーザーに関わるHIV/AIDS対策…………… 46
～ハーム・リダクションってなに？
4. ゲイ・MSMに関わるHIV/AIDS対策…………… 50
5. 残された課題: 男性 ～問題克服のカギ～…………… 56

第3部 HIV/AIDS対策のホットな課題…………… 61

1. 困難だが直視すべき課題: 「治療へのアクセス」…………… 61
2. 治療リテラシーの向上: 途上国のPLWHAの取り組み…………… 68

おわりに…………… 72

参考資料

1. 2003年度保健分野NGO研究会の企画と本書の内容のつながり…………… 73
2. 本書作成の参考にした資料…………… 74

◆略 語 表◆

AIDS	後天性免疫不全症候群	acquired immune deficiency syndrome
ARV	抗レトロウイルス薬	anti-retrovirals, anti-retroviral medicines
ART	抗レトロウイルス療法	anti-retroviral therapy
BCC	行動変容コミュニケーション	behavioral change communication
CDC	米国疾病予防・管理センター	Center for Disease Control and Prevention
GFATM	世界エイズ・結核・マラリア対策基金	the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GIPA	PLWHA の参画拡大	greater involvement of people living with HIV/AIDS
IEC	情報・教育・コミュニケーション	information, education and communication
KAP	知識・態度・行動	knowledge, attitude, practice
HBC	ホーム・ベースド・ケア	home based care
HIV	ヒト免疫不全ウイルス	human immunodeficiency virus
LGBT	レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダー	lesbian, gay, bisexual and transgender
NNRTI	非核酸系逆転写酵素阻害剤	non-nucleoside transcriptase inhibitors
NRTI	核酸系逆転写酵素阻害剤	nucleoside reverse transcriptase inhibitors
NSP	注射針・注射器交換プログラム	needle and syringe exchange program
PI	プロテアーゼ阻害剤	protease inhibitors
PLA	参加による学習と行動	participatory learning and action
PLWHA	HIV 感染者・AIDS 患者	people living with HIV/AIDS
PMTCT	母子感染予防	prevention of mother to child transmission
PRA	参加型農村調査法	participatory rural appraisal
SHIP	性感染・HIV 予防プログラム	STI/HIV Intervention Program
STD	性感染症	sexually transmitted disease
STI	性感染	sexually transmitted infection
VCCT	自発的かつ秘密の守られた カウンセリング・検査	voluntary and confidential counseling and testing
VCT	自発的カウンセリング・検査	voluntary counseling and testing
WHO	世界保健機関	World Health Organization

序章：まずHIV/AIDS対策アプローチの 全体を見渡してみよう

～どんな問題に対して、どんな対策があるのだろうか？～

1. このハンドブックの使い方

このハンドブックは、主に以下の人たちを主要な読者対象として作られました。

○保健分野・その他関連分野で国際的な活動をしているNGOの若手・中堅スタッフやボランティアで、これからHIV/AIDS問題について主に取り組んでいきたいと思っている方々、HIV/AIDSについて包括的な知識を得たいと思っている方々。

○保健分野・その他関連分野やHIV/AIDSの専門家で、HIV/AIDSについて別の角度から知りたい、また、HIV/AIDSに関して別の切り口からプロジェクト案件を作るヒントを得たいと思っている方々

また、国際的なHIV/AIDS問題への取り組みにどのようなものがあるかを知り、日頃の活動に役立てたいと考えている行政や関連団体の職員の方々などにも、活用していただけるものとなっています。

このハンドブックについては、以下のようないし方をするをすすめします。

(1) ハンドブック全体をまず通読してください。

HIV/AIDSは、すでに20年以上にわたる歴史を持っています。この歴史の中で、多くの人々がHIV/AIDSの克服のために様々な実践をしてきました。HIV/AIDSに関しては、保健医療や感染症、開発援助の課題としてだけでなく、HIV/AIDSの問題の特性や、20年間にわたって培われてきた取り組みの背景にある考え方などを理解する必要があります。本書では、HIV/AIDSに関わる個別の取り組みの背景などについて触れていますので、一度本書を通読することをお薦めします。

(2) ご興味の課題についての詳細をお読み下さい。

(3) HIV/AIDSについての、詳しい知識や個別的な課題については、巻末にブックリスト(HIV/AIDSに関わる社会科学系文献)が出ていますのでご参照下さい。

2.HIV/AIDS対策の多様性

80年代初頭に世界に登場した新しい感染症であるHIV/AIDSは、20余年の間に世界中で感染が拡大し、世界に大きな影響を与えるまじになりました。2003年12月現在、世界には約4000万人のHIV感染者・AIDS患者(本書では、以下、HIV感染者・AIDS患者を指して、「HIV/AIDSとともに生きる人々」=PLWHA(people living with HIV/AIDS)という言葉を使います)がおり、年間約500万人が新規に感染し、約350万人が亡くなっています。PLWHAの95%以上が途上国で生きる人々で、エイズ死の99%が途上国で起こっています。とくにサハラ以南アフリカでの感染拡大が著しく、PLWHAの約70%がここに集中しています。

HIV/AIDS対策の、世界規模での早急な拡大が要請されるところですが、その対策は一筋縄ではいきません。HIV/AIDS対策には、「これ」という一つの決め手があるわけではありません。HIV/AIDSが、以下のような特徴を持つ感染症だからです。

- (1)主に性行為(本書では、以下「セックス」と表記します)を通じて感染する性感染症であり、HIVを含んだ精液・膣分泌液・血液などを受け入れることによって感染する。
- (2)感染してから5～10年間は身体症状が現れず、検査をしなければHIVに感染しているかどうかわからない。
- (3)感染すると免疫系が徐々に破壊され、様々な日和見感染症にかかり、ある程度の時間をかけて死に至りうる疾病である。

世界のHIV/AIDS のインパクト

国連合同エイズ計画 (UNAIDS) 、WHO 共同調査 (2003 年12月)



3400 万～4600 万の人々がHIV/AIDS と共に生きている

(4)今のところ、HIVの増殖を押さえる抗レトロウイルス療法(Anti-Retroviral Therapy:ART)があるのみで、根治療法やワクチンなどは開発されていない。

HIV/AIDS対策は、このようなHIV/AIDSの性質に対応して行われなければなりません。単一の「決め手」がない以上、HIV/AIDSの特徴に対応する多種多様な対策を包括的に行うことによって、HIV/AIDSに有効に対処することが可能になるのです。

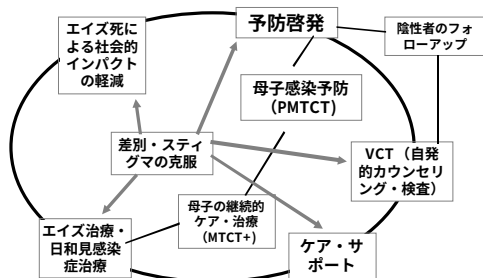
3.どんな対策があるのか？

では、多様なHIV/AIDS対策として、どのようなものがあるのでしょうか。

(1)予防・啓発:HIVは、HIVを含んだ精液・膣分泌液・血液などを受け入れなければ感染しません。エイズの主要な感染原因のうち、例えばセックスについては、コンドームの使用など感染の可能性の低いセックス(セイファー・セックス)の促進によって、感染拡大の可能性を大きく低下さ

することができます。しかし、単にコンドームを供給したり、感染経路に関する知識を普及したりするだけでは人々の行動は容易には変容しません。人々の行動を変えるためには、人々の住む地域やコミュニティにおいて、エイズへの対応準備(preparedness)を整え、行動に関わる文化を変えて行くことが必要で、そのために大規模かつ効果的な啓発が必要になってきます。

包括的なHIV/AIDS 対策の必要性



アフリカ等途上国に必要なのは総合的・包括的な対策

(2)母子感染予防: HIV感染した妊産婦から子どもにうつる「母子感染」は、HIV/AIDSの影響を次の世代に残してしまう点で大きな問題です。これへの対策として、抗レトロウイルス薬を妊産婦が服用することでウイルス量を下げ、子どもへの感染の可能性を低下させる「母子感染予防」(prevention of mother to child transmission: PMTCT. PMCTともいう)が行われています。出産後の母乳による感染を防ぐための粉ミルクの支給なども、母子感染予防のプログラムの1つです。しかし、従来のPMTCTプログラムは、子供への感染を予防する一方で母親の治療を不完全な形で行うことになるとの指摘があり一つの課題です。近年では、これを発展させ、HIV感染が判明した妊産婦に、妊娠・出産以降も継続的に抗レトロウイルス療法を提供し、母親のエイズ死と子どもの孤児化を防ぐ「MTCT+」と呼ばれるプログラムが、いくつかの国で行われつつあります。

(3)検査: HIVに感染してからAIDSを発症するまで、通常、5～10年を要します。そ

の間、HIVに感染しているかどうかを知るためには、検査を受けるしかありません。早期の段階でHIV感染の事実が分かれば、感染者は、今後の人生においてHIV/AIDSに対して戦略的に対処するきっかけや時間を得ることができますし、他人への感染を自覚的に防ぐことも可能になります。また、検査は、感染していない人に行動変容を促し、未感染の状態を維持するためのきっかけ作りの場を提供することなど、予防対策の側面も持っています。

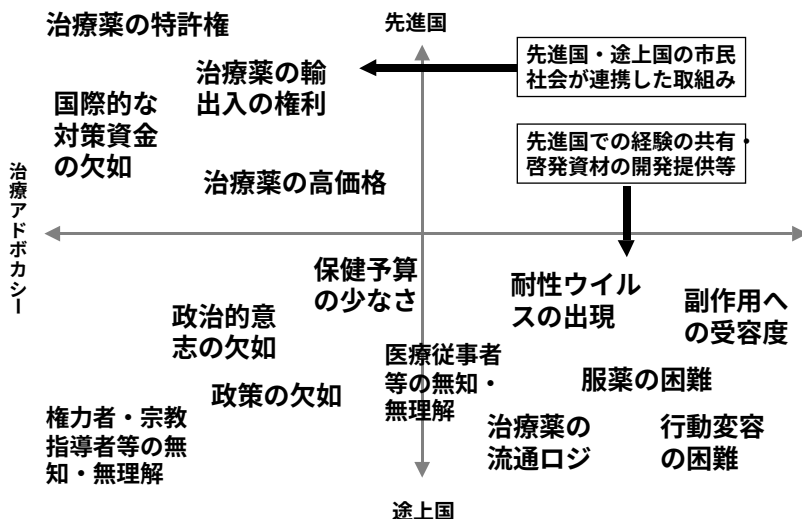
(4)ケア・サポート: 検査でHIV感染が判明したりAIDSを発症したPLWHAにとって、ケア・サポートはなくてはならないものです。致死性の病気の告知は、人に非常に大きな衝撃を与えます。これを乗り越えるためには、HIV/AIDSという病気に関する適切な情報と共に心理的なサポートが不可欠です。根強い差別・偏見による心の傷に対処するためのサポートも重要です。また、AIDSを発症したら、日和見感染症等により、通常の日常生活を営むことが困難になる場合がありますので、生活上の、ま

た身体的なケア・サポートが必要になります。こうしたケア・サポートの多くについては、PLWHA同士がお互いに支え合うピア・サポートとして行われることも多く、そのためのPLWHAのグループの組織化が進みつつあります。

(5)治療: AIDSを発症すると、免疫の低下により、様々な日和見感染症に感染することになります。これらを治療したり、苦痛を和らげるための日和見感染症治療の実現は非常に重要です。しかし、個別の日和見感染症が治癒しても、AIDSによって免疫機構の破壊は進行するので、本来は日和見感染症治療だけでは十分ではなく、HIVの増殖を抑制し、ウイルス量を下げて免疫

力を回復する抗レトロウイルス療法(anti-retroviral therapy: ART)が必要です。しかし、ARTは治療薬の価格が高く、また、服薬方法が複雑であり、普及は容易ではありません。ここ数年、途上国では一部の抗レトロウイルス薬(Anti-retrovirals: ARV)の価格が低下し、多くの国でARTへのアクセスの拡大が進みつつあります。適切な服薬によって治療が効果を上げるためには、PLWHAのARVに対する認識(治療リテラシー)の向上、検査・医療・医薬品流通インフラの整備、適切なARTを提供できる医師・医療従事者の人材育成などが必要になってきます。こうした治療やケア・サポートを安定的に進めるためには、

途上国におけるHIV/AIDS これからの課題～治療とケア・サポートを例に～



国家の社会保障・社会福祉制度の充実も必要です。

(6) エイズ死による社会的インパクトの

低減: HIV/AIDSが直撃するのは、特に10代後半～40代の人々です。この世代は生産年齢にあるほか、子どもの養育など、世代の再生産を担う人々でもあります。この層がダメージを受けることで、大きな社会的インパクトが生じます。典型的な問題がエイズ遺児(エイズにより片親または両親を失った児童)です。エイズ遺児は、たいてい祖父母や親戚などに引き取られますが、引き取り手も貧しく、生活破綻に追い込まれる場合もあります。引き取り手の家族に対する所得向上プログラムの実施や、エイズ遺児の教育機会の提供などによって、親のエイズ死による影響をできるかぎり少なくすることが必要です。エイズ遺児問題だけでなく、農民・労働者が死んだり、働けなくなったりすることによる農業・工業生産の低下などへの対処も必要です。

(7) 差別・偏見の解消: PLWHAに対する

差別・偏見は、PLWHAに対する精神的・身体的な打撃になると同時に、上にのべた1～6までの全ての対策を妨げ、その効果を不十分なものに作用を持っています。HIV感染が判明したら差別・偏見にさらされることが分かっているのなら、みすみす検査に行く人はいなくなりますし、ケア・サポートのサービスや治療を受けることも難しくなります。差別・偏見の解消は、エイズ対策を有効に機能させるためにも不可欠です。

4. それぞれの対策の連携が成功のカギ

主なHIV/AIDS対策としてあげられるのが上記(1)～(7)ですが、これ以外にも、いくつかの対策があります。また、対象の地域、集団、ジェンダー、組織などの違いによって、働きかけの様々な手法が存在しています。

これらの対策は、調整なくバラバラに展開していればよいというものではありません。ある対策が別の対策の展開の妨げになることもあります。たとえば、「予防啓発」として、エイズの恐怖を強く印象づけるようなメッセージを展開した場合、エイズへの恐怖心、差別・偏見の意識を強化し、他の対策の妨げになることがあります。一方、ある対策をすることが、別の対策を促進する結果を生むこともあります。例えば、ケア・サポートと差別・偏見の解消を押し進め、HIV感染によるリスクをできる限り低下させれば、人々が検査を受けやすくなり、検査機会の拡大を促すことにつながります。

多種多様なエイズ対策を調整し、包括的なものとしてデザインしていく機能が必要です。2001年の「国連エイズ特別総会」で、エイズ対策における「国家の政治的コミットメント」の重要性が提起され、数多くの国で、包括的なエイズ対策を行うための「国家エイズ委員会」などの組織が、大統領や首相の直属機関として設置され、政府機関に加えてPLWHAの組織やNGOの代表などの参加の下、このようなコーディネート機能を果たしています。途上国では、これらの国家機関に対してUNAIDSやWHOなどの国際機関、ドナー国の援助機

関、国際NGOなどが必要な知識や技術を提供し、国際協調によって各国の包括的なエイズ対策を進めていこうとする動きが強まっています。

5.本書の構成

本書の目的は、現在HIV/AIDS対策として行われている様々な取り組みの方法論やあり方を整理して紹介することです。本書の構成は、次のようになっています。

まず、**第1部「HIV/AIDS対策：何をどうすればいいの？」**で、

5つのテーマについて、HIV/AIDS対策の基本的な方法論をご紹介します。次に**第2章「誰にとってのHIV/AIDS対策？」**では、HIV感染の可能性に特にさらされているコミュニティや集団に対するHIV/AIDS対策上のアプローチについてご紹介します。さらに**第3章「HIV/AIDS対策のホットな課題」**では、今、エイズ対策の展開の上で議論されている「HIV/AIDS治療へのアクセス」と「HIV/AIDS治療リテラシー」の課題について、最新の議論を紹介します。

第1部 NGOのHIV/AIDS対策プロジェクト ～何をどうすればいいの？～

社会の様々な要素が関連するHIV/AIDS問題。解決のためには、地域やコミュニティの中に入って、エイズに関する意識や活動を活性化させ、エイズに対する対応準備を整える必要があります。それを最も効率よく実現できるのは、柔軟に地域やコミュニティと結びつくことができるNGOセクターであり、NGOはエイズ対策の最も重要な要素であることができます。

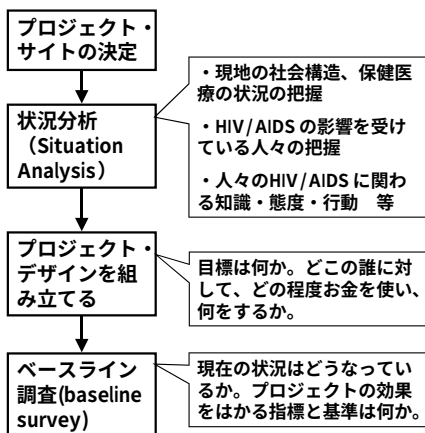
では、世界のHIV/AIDS問題へのNGOの取り組みとして、どのようなものがあるのでしょうか。ここでは、以下の5つのテーマについて、その内容と手法を見ていきたいと思います。

- (1) HIV/AIDS対策プロジェクトを作るための事前調査
- (2) 効果のある予防啓発とは
- (3) VCT(自発的カウンセリング・検査)その可能性と重要性
- (4) HIV/AIDSと包括的ケア・サポート
- (5) 地域保健とHIV/AIDS:関連する活動をつなぐ

なお、第1部については、2003年度保健分野NGO研究会が開催した連続セミナー「プロジェクトの現場から:NGOの情報と経験のシェアリング」の内容に準拠しています。

1. HIV/AIDS対策プロジェクトを作るための事前調査

HIV/AIDS に関するプロジェクト 事前調査のプロセス（例）



(1) コミュニティに生きる人々から HIV/AIDSの状況をつかむ

～Situation Analysis(状況分析)～

HIV/AIDSのプロジェクトを立案する上で重要なことは、プロジェクト対象地域のコミュニティにおける状況を、社会経済面や文化面から総合的に把握し、そこから中心的な問題を抽出し、プロジェクト形成につなげていくということです。当然のことですが、「こういうプロジェクトをやりたい」と考えたとき、その戦略がいかんうまくできていたとしても、コミュニティの状況に合っていないければ、プロジェクトは意味の無いものになってしまいます。

この「中心的な問題やニーズ」を把握するために不可欠な調査が、HIV/AIDSに焦点を当てた「Situation Analysis」(状況分析:situational analysisともいう)です。この調査によって、対象コミュニティにおいて、HIV/AIDSの問題が、誰にとっての、どのような問題なのかをつかみ、それに基づいて、プロジェクトの主な対象・方向性・戦略やアプローチなどを組み立てていくのです。

「状況分析」を行う場合、プロジェクトを立案する側として情報を収集・分析すること以外にも、重要なことがあります。この調査の過程で、プロジェクトに関わる全ての人々(もちろん、プロジェクトの対象者を含む)に参加してもらい、情報の収集・分析プロセスに加わってもらって、問題意識を共有することです。「状況分析」は、プロジェクトを行う側と、プロジェクトの対象となる地域やコミュニティの人々の「初めての対話のステップ」であり、調査のプロセスでお互いについて学び合い、また、地

域住民のプロジェクト活動への参画の動機付けをすることは、情報分析の「結果」を出すことよりも重要であるとも言えます。

(2)「状況分析」で達成すべきこと

「状況分析」で達成すべきことは当該地域におけるHIV/AIDSに関する状況を明らかにすることです。その際、プロジェクトの関係者・対象者との関係を作り、問題意識を共有することができれば、その後の活動成功のカギとなります。

a)何を明らかにすべきか

「状況分析」で明らかにすべきこととしては、以下のようなことが挙げられます。

ア)地域・コミュニティの中で、どのような人々がもっともHIVに感染しているか。HIV/AIDSの影響を受けているのは、どのような人たちか。

イ)また、その理由は何か。どのような社会的・経済的・文化的な背景があるのか。

ウ)対象コミュニティの中で、人々はHIV/AIDSについてどのような知識(knowledge)をもち、どのような態度(attitude)をとり、どのような実践(practice)をしているか。

ア)～イ)は、プロジェクトの主要な対象となる人々に関係するものです。また、**ウ)**は、Knowledge、Attitude、Practiceの頭文字をとってKAPサーベイといい、プロジェクトとしてどのような働きかけをするかに関係するものです。

b)どのような方法があるか

「状況分析」は、プロジェクトの対象者を含む全関係者との最初の対話・関係作りの場です。ですから、情報収集と分析の手法についても、お互いがお互いについて学びあい、問題意識を共有して行うことが大切です。以下のような方法がとられています。

①**アンケート調査**：質問用紙記入型のアンケート調査は、識字率の高い地域・コミュニティでのみ有効です。そうでなければインタビュー調査をする必要がありますが、この場合、言語や聞き方を統一する必要があります。

②**フォーカス・グループ・ディスカッション**：同じ特性を持つ人々の意見や感じ方、考え方などを把握するために、8名前後の人々に集まってもらって議論をしてもらうのがこの方法です。ファシリテーターには、参加者による活発な討議や意見交換が行われるように雰囲気や流れを作っていく技術が必要とされます。また、HIV/AIDSに関しては、性行動、差別や偏見に関する意識その他、微妙な内容を含むので、討議内容に関する守秘義務について参加者に徹底したり、コミュニティにおける力関係・ジェンダーなどに配慮して参加者を選ぶ必要があります。

③**PLA(参加による学習と行動：Participatory Learning and Action)**：PLAとは、地域やコミュニティのメンバー自身が、生活や地域・コミュニティのあり方の問題点を自ら発見し、分析していく手法です。画一的な手順・手法などによらず、マップや図などを作る複数のワークショップを、人々が参加して行っていくことが軸になります。

この方法で重要なのは、

- ・コミュニティの中でもとくに社会的に弱い立場におかれている人々の参加を保障すること、
- ・対象コミュニティの社会構造を理解した上で、信頼関係作りを促進しながら行うこと、です。

c)HIV/AIDSに関して注意すべき点・配慮事項

前にふれたように、「状況分析」では、プロジェクト実施者と対象コミュニティが対話し、信頼関係と問題意識の共有を目指すことが重要です。ですから、以下の点に注意する必要があります。

- ・つねにオープンな雰囲気をつくる
- ・最初の段階から、地域住民の参加を保障する
- ・批判するのではなく、建設的なアプローチをとる

さらに、HIV/AIDSは、性に関する人々の意識・態度・行動と大きく関係します。また、最初の段階でHIV/AIDSの影響を強く受ける人々は、セックスワーカー、ドラッグ・ユーザーなどを含め、その地域において社会的に排除されたり、弱い立場に立たされている人々です。ですから、HIV/AIDSに焦点をあてた「状況分析」においては、その他の課題にも増して、以下のことに配慮する必要があります。

- ・社会的に排除されたり、弱い立場におかれている人々の参加を実現するようにつとめる
- ・「状況分析」の手法によっては、討論の内容や参加者のプライバシー、守秘義務に徹底して気を配る

- ・プロジェクトの全ての関係者に対する信頼関係作りにつとめる

d)「状況分析」に参加する社会グループのリスト

「状況分析」に参加する社会グループのリストとして、次のような人々を挙げることができます。

- ・セックスワーカー、およびその顧客
- ・専業主婦
- ・VCT(自発的カウンセリング・検査)のカウンセラー
- ・医師・看護師・医療従事者
- ・孤児とその養育者
- ・コミュニティの保健ワーカー
- ・女性のグループ
- ・伝統的医療の担い手 等

(2)現状の指標を明らかにする:Baseline Survey(ベースライン調査)

プロジェクトの事前調査には、「状況分析」に加え、「ベースライン調査」があります。プロジェクトは、何らかの問題に対して、それを解決もしくは改善するために働

状況分析とベースライン調査の違い

状況分析 (situation analysis)	ベースライン調査 (baseline survey)
プロジェクト・デザインの前に行う。	プロジェクト・デザインの後に行う。
プログラムの計画作りの進行のために行う。	モニタリング・評価の進行のために行う。

きかけを行うものであり、プロジェクトが有効に機能したかどうかは、プロジェクトを実施して働きかけを行う前の状況がどうだったかを把握していなければ、正確には評価できません。そこで、プロジェクトが行われる前に、状況がどうなっているかを、具体的に明らかにしておくのが「ベースライン調査」です。

「状況分析」は、プロジェクトの立案前に、どんなプロジェクトを作るか、その方向付けを定めるために行うものですが、「ベースライン調査」は、プロジェクトの立案後に、プロジェクトのモニタリング・評価(M&E)のもととなる基準、指標を作るために行われるものです。

(4)どのように進めるか:ベースライン調査

ベースライン調査は、以下のように進めます。

a)指標(インディケーター)の設定

ベースライン調査で重要なのは、指標の設定です。そのプロジェクトが、プロジェクト目標に向けて成果を上げているかどうかをモニタリング・評価する上で活用できる指標を設定する必要があります(これらの指標については、UNAIDS等の国際機関や国際NGOの専門家が討議検討してつくりあげたものはいくつかありますので、参考にするとよいと思われます。)。質的な情報の把握が必要な場合には、数値的な指標以外のデータの収集や把握の方法を考える必要があります。



b)調査方針の決定

ベースライン調査の調査手法、データ収集者と収集方法、調査にかかる時間のスケジュールなどを検討します。以下のことについての決定が必要です。

- ・調査によっては、国・地方の政府の許可が必要なことがあるので事前に調べ、許可を得る。
- ・調査のデータ収集者の訓練を行う。
- ・対象コミュニティにおけるサンプル調査の対象者を決める(全員を調査するのは困難)。
- ・適切な調査方法を選ぶ。
- ・調査に活用する道具(例えば質問用紙など)を準備し、使いやすいかどうかなどを事前に試す。



c)決定した調査方針に基づいてデータを収集する。



d)データを分析する。



e)調査によって得られた情報を共有する。

調査の手法は、状況分析と同様の社会調査的手法(アンケート調査、インタビュー調査、グループ・ディスカッション、スケーリ

ング・スコアリング、観察法(observation guide)などの手法が主に使われます。メリット・デメリットを検討して、これらをうまく使い分けてベースライン調査を行う必要があるでしょう。

e)「ベースライン調査」における質問事項

HIV/AIDSを焦点とする「ベースライン調査」における質問事項としては、以下のようなものがあります。これらの質問についても、国際機関や国際NGOの専門家などが考案したものがいくつかあり、参考にすることができます。こうした情報を、どのような人々から、いつ、どのような方法で集めるか、検討が必要です。

○HIV/AIDSに関する知識

- ・HIV/AIDSについて聞いたことがあるか
- ・HIV/AIDSについて聞いたのはどこからか(ラジオ、テレビ、家族から、学校で、教会で、保健センターや病院で、地域の集まりで 等)
- ・つぎのうちHIVが感染するのはどれか(感染者との性行為、HIV陽性の母親の出産時や母乳から、輸血、食器の共有、蚊、かみそりや注射針の共有、トイレや共用、魔術) 等

○性行動

- ・最初に性的関係を持ったのはいつのときか
- ・最近12カ月以内に、配偶者や同居人以外の人と性的関係を持ったか
- ・そのとき、コンドームを使ったか。使わなかったとしたらその理由は? 等

(4)まとめ

HIV/AIDSのプロジェクトは、対象となる社会の多様性や状況の変化に翻弄されがちな一面があります。プロジェクトはいわば「生き物」ですから、状況の変化へ迅速で柔軟な対応も必要ですが、だからこそ、原点を見失わないように、プロジェクトの形成の段階で、目標、対象、戦略、アプローチをしっかりと定めておく必要があります。事前調査をきちんと行い、いつでもプロジェクトの「原点」を確認できるようにしておくことは、成功するプロジェクトを行う上で極めて重要です。

2.効果のある予防啓発とは

(1)「予防啓発」の目標は何か

前章では、プロジェクトを始めるに当たっての事前調査の方法について触れました。本章から、HIV/AIDSに関する具体的なプロジェクトのあり方について考えていきたいと思います。

最初に取り上げるのは、HIV/AIDSの予防啓発のプロジェクトです。

HIV/AIDSに関する予防啓発プロジェクトの目標は何でしょうか。一般的に言えば、それは、「対象となっている地域・コミュニティ・人口集団の新規のHIV感染を減少させる」「まだ感染していない人が、新たに感染しないようにする」ということにあると考えられます。そのために、何をすることが必要なのか、というのが、「予防啓発プロジェクト」の課題になってきます。

一昔前までよく見られた「予防啓発プロジェクト」の典型は、「知識の啓発」をもってこと足れり、とするものです。これは、「HIV/AIDSに関する『正しい』知識」(例えば、蚊に刺されても感染しない、といった)と、「HIV/AIDSに感染しない方法」(例えば、セックスをするときはコンドームを使おう、といった)を書いたリーフレットを配布したり、講義形式のセミナーを行うことを以て「予防啓発」とするものです。

こうした「予防啓発プロジェクト」は、人間は「正しい知識」を得さえすれば、それを行動に反映させるものだ、という前提に

立っています。しかし、人間が「知識」だけで行動を変えることができるわけではないことは、私たちの日頃の行動を少し振り返ればわかることです。私たちは、そのときの自分の感情、人間関係、回りの雰囲気、経済状況、住んでいる社会の文化や行動様式など、様々な影響を受けて行動しています。ですから、「予防啓発プロジェクト」は、私たち個々人がそれぞれ、セイファーマックスなど、HIV感染の可能性の低い行為を選択できるように動機付けをしていくことと、個々人がこうした選択ができるような雰囲気や環境作りを、社会的に行っていくことの二つを目指す必要があるのです。どのようにしてそれを達成するかが、「予防啓発プロジェクト」作りの重要なポイントと言えます。

(2)個別啓発と一般啓発

予防啓発には、広く一般人口を対象に行う一般啓発と、特定の地域・コミュニティ・社会集団などを対象に行う個別啓発があります。

前者には、映画、テレビドラマ、ラジオなどでHIV/AIDSに関わるメッセージを伝

HIV/AIDS 予防啓発の種類とねらい

ターゲット別啓発	一般人口・社会全体に対する啓発
個別の地域・コミュニティ・社会集団に対する啓発。 ・社会集団の例：ゲイ男性・MSM、セックスワーカー、ドラッグユーザー、学校の児童生徒、学校に行けない青少年、単身の出稼ぎ労働者、長距離運送業者、大規模建設工事に従事する労働者、鉱山労働者、移民、刑務所に在監者、軍兵士、警察官 等	・ラジオ・テレビなどマスメディアを使った啓発 ・HIV/AIDSに関わる社会的事件が社会啓発として機能するケース ・政府による政治的コミットメントの宣言など
・対象となるグループのHIV感染に関わる行動変容を目的としたきめの細かい介入：行動調査などを基礎にした介入方法の検討、参加型企画などの手法による自発的な行動変容の促進	・HIV/AIDSに関する社会的インパクト追求 ・肯定的なメッセージの流通の促進

えたり、学校教育などにおいてHIV/AIDSに関する教育を行うことなどが含まれます。後者は、特定の人口・社会集団に対して、HIV/AIDSに関するより具体的な介入を行うもので、しばしば対象となるのが、HIV感染の可能性に特にさらされている「ヴァルネラブル・コミュニティ」(vulnerable community)や「ヴァルネラブル・グループ」(vulnerable group)とされる人々です。具体的には、ゲイ・MSM(男性とセックスをする男性:men who have sex with men)、セックスワーカー、セックスワーカーの顧客、ドラッグ・ユーザー、長距離運送業者、単身の出稼ぎ労働者などです。こうしたコミュニティのことについては、第2部1「個別対策とは何か」をご参照下さい。

個別啓発は、個別の人口・社会集団がおかれている状況や行動のあり方を踏まえて、具体的な介入を行うことができる点で、より有効なアプローチであると言えます。より広範囲の人口を対象に一般啓発を行う場合(例えば、「一般の若者」への啓発)でも、対象となる層をある程度確定し、その対象に合ったメッセージを発する必要があります。

特定の対象を持たない一般啓発は、個別啓発とは全く異なった意味があります。社会全体のHIV/AIDSに対する関心を喚起し、当該社会全体のHIV/AIDSに対する対応準備度を上げることです。ですから、こうした一般啓発は、社会全体に対する「インパクト」を何より重視すべきです。もう一つ重要なのは、メッセージの方向付けです。HIV/AIDSへの差別・偏見を軽減し、疾病に対してポジティブに立ち向かうようなメッセージが必要です。こうした啓発の中には、国民的人気を誇るドラマでHIV/

AIDSについて取り上げる、HIV/AIDSに関する映画に国民的な映画スターを起用したり、人気ミュージシャンがHIV/AIDSに関する歌を流行させるなどが含まれます。

一般啓発とターゲット向け啓発の関係にも注意する必要があります。例えば、「コンドームは避妊に有効だ」というメッセージは、多くの女性にアピールしますが、MSMにとっては、「自分には関係のない/遠いこと」というイメージを投げかけることになります。全体に共通していることを、どう一般啓発につなげていくのかが問われています。

(3)どんなメッセージと手法を使うか〜調査をベースにした啓発戦略〜

「正しい知識」を「与える」だけでは、有効な啓発にはならない……では、何が必要なのでしょう。特定の人口・社会集団を対象とする「個別啓発」では、伝えるべきメッセージの内容および伝え方を、より具体的に有効なものにするために、より細かい状況分析をベースに啓発戦略を立てることが有効です。

(特活)ぷれいす東京は、東京でゲイ・MSMに対するHIV予防啓発を行っています。ぷれいす東京では、セックスにおけるコンドームの使用状況を改善するために、コンドームの使用を阻害する要因についての分析を行いました。

その結果、コンドームを使わない要因として出てきたのが、次の5つでした。

①相手依存(「よく知っている人だから大丈夫」、「きっと相手が用意しているはず」)

②場のノリ優先(セックスをする場の雰囲気とコンドームがうまくマッチしない。場のノリに合わせ、コンドームを使わなくなる)

③相手のムード優先(お互い、いい雰囲気になっているところで「コンドーム」が雰囲気を壊してしまう)

④コンドーム使用不安感(コンドームをうまく使えるかどうか不安)

⑤準備負担感(コンドームを使うのは面倒くさい、いちいち買いたくない)

⑥楽観(性感染症も治るし、HIV/AIDSに効く薬もある)

調査によってこうした要因を把握することができれば、啓発に活用するグッズ(メッセージ・カードやリーフレット、啓発ビデオなど)に、単に「コンドームを使いましょう」というだけでなく、より具体的に当事者にとってヒントになるメッセージを入れることができます。さらに、コンドーム使用の環境整備(雰囲気にあったコンドームの開発や、学校でのコンドーム教育の促進に向けたアドボカシーなど)にも応用できます。

(4)参加型手法の重要性～「正解を知る」ことが目的ではない～

最初に触れたように、「知識」と「行動」は必ずしも結びつきません。予防啓発の目的は、私たち個々人が、必要な場面で、HIV感染の可能性の少ない行動を自ら選択するようになることです。ですから、どのような行動がHIV感染の可能性が少ないかを「知る」ことは大事ですが、それ以上に、人々がそうした行動を自発的に、積極的に

とるように、動機付けることが非常に大切です。

そこで有効なのが、グループワーク、ワークショップなどの参加型の手法の活用です。

(特活)シェア＝国際保健協力市民の会がタイ東北部の村落地域で展開しているHIV/AIDS予防啓発プロジェクトでは、様々なワークショップの手法を用いて、HIV/AIDSに関する「知識」と「意識」を向上させる取り組みが行われています。

例えば、HIVに感染しやすい行為について伝えるときに、単に「キスではうつらない」と「教える」のでは一方通行になってしまいます。シェアでは、いくつかのグループを作って、「軽いキス」「コンドームなしのセックス」「かみそりの共用」などいくつかの行為について書いたカードを渡し、各グループで感染の可能性の有無について話し合い、発表してもらうことによって、人々に考えてもらうプロセスを導入しています。

HIV/AIDSに関する「意識の向上」に関しても、グループワークの手法が活用できます。例えば、PRA(participatory rural appraisal:参加型農村調査法)を応用して、村の中での職業や役割とHIV感染の可能性の大小を考えてもらい、人々の思いこみと現実のギャップに気付いてもらう手法があります。また、「水の交換」(次ページ図参照)という手法は、コンドーム無しのセックスによる感染の度合いを視覚化することをねらいとしており、このようなグループワークを通して参加者は自ら問題に「出会って」いくのです。参加者が考え、動いてHIV/AIDSの問題に「自ら気付く」機会を作ることは、HIV/AIDS予防啓発に

参加型予防啓発の例 「水の交換」

（目的）視覚的要素を用いて、HIV 感染がちょっとしたことでどれだけ広がるかに気付くためのセッション。注意：「誰から感染したのか」を探る為のセッションではないことをはっきり言う必要がある。

準備するもの：

- ・人数分×2のコップ
- ・人数分の注射器
- ・水酸化ナトリウム
- ・フェノールフタレイン溶液
（注：水酸化ナトリウムについては、危険な化学反応を起こすおそれがあるので、少量のみ水に入れること）

1. 人数分のコップに水を入れ、空のコップおよび注射器と共に参加者に配る。そのうちの1～2杯を水酸化ナトリウム水溶液にしておく（見かけ・においからはわからない）

2. 参加者に、空のコップに若干水をとってもらい、コップを回収する（水酸化ナトリウム水溶液の数をあとで明らかにするため）

6. 3回の水の交換が終わったら、ファシリテーターと助手が、参加者のコップの水にフェノールフタレイン溶液を入れる。

5. 第3回目の水の交換：自分が友だち・恋人になりたい人とペアになって水を交換する。

4. 第2回目の水の交換：今度は、自分が話したことのない人と、自己紹介がてら水を交換する。

3. 第1回目の水の交換：注射器で水を若干とって、隣にいる人と交換する。

7. 水酸化ナトリウムが混じているものは赤く変色する。ファシリテーターは、水が変色する・しないを見て雰囲気盛り上げる。（たくさんのコップの水が変色するはず）

8. 赤く変色する水はもともとどのくらい合ったかを確認するため、最初にとりわけたコップにフェノールフタレインを入れる。（1～2杯のコップの水しか変色しないはず）

9. ファシリテーターは、参加者に、水を交換する意味（感染の可能性の高いセックス、注射針の共用による薬物使用等）を考えさせ、また、「交換」による「感染の広がり」を自覚させる。

向けた人々の「動機付け」にとって非常に重要です。

（5）PLWHAは予防啓発の最大の力

HIV/AIDS予防啓発において大きな力を発揮するのが、PLWHA（HIV/AIDSとともに生きる人々＝HIV感染者・AIDS患者）の存在です。

残念ながら、多くの地域ではPLWHAに対する差別・偏見のため、PLWHAが自分の感染を公にすることはなかなか難しい状況にあります。そのため、多くの人々は、PLWHAの実際の姿を知りません。その結果、人々はHIV/AIDSの実像ではなく、自らがもっている差別・偏見のイメージに基づいた、現実とはずれたHIV/AIDS像を組

み立てています。

ですから、実際にHIV/AIDSとともに生きているPLWHAが、予防啓発のプロジェクトに参加し、自分の感染や、HIV/AIDSとともに生きる経験について率直に語ることによって、参加者に大きなインパクトを与えることができます。PLWHAは、HIV/AIDSについて直接の、具体的な経験を持つ真の意味でのHIV/AIDSのエキスパートであり、人々はその経験を聞き、知ることによって初めて、1つのリアルなHIV/AIDS像を得ることができるわけです。

一つ注意すべきことは、プライバシーの問題です。PLWHAが予防啓発プロジェクトに積極的に参加できるようにするためには、プライバシーの開示の範囲をお互い

に確認しあうなど、スピーカーの安全を確保する努力が不可欠です。

この点で、PLWHAの予防啓発プロジェクトへの参加を得ることは、効果のあるメッセージを人々に伝える上で、非常に重要で、貴重なものであるといえます。先に触れた(特活)シェアのタイのエイズプロジェクトでは、PLWHAが予防啓発のためのワークショップに参加し、人々に自分の経験を伝えています。

(6) HIV/AIDS 予防啓発プロジェクトには評価が不可欠

HIV/AIDS に関する予防啓発プロジェクトを実施する場合、プロジェクトが実際に予防の効果を上げたかについて「評価」を行うことが不可欠です。「評価」はどんなプロジェクトにおいても大切ですが、とくに「予防啓発」の場合、イベントの開催、パンフレット等の作成・配布などを行うだけで、実際にそれが予防に有効だったかどうかについての検証がなされない、ということが往々にしてあります。

評価のための指標を設定して、事前にベースライン調査を行い、プロジェクトがどれだけ HIV/AIDS 予防に効果を上げたかについて、質的・量的な評価を行って初めて、責任ある予防啓発プロジェクトを実施したということができます。評価の結果、予防啓発の効果があまり上がらなかったということになっても、次のプロジェクトに生かせるという点で前向きな意味があります。逆に、評価が適切に行われない予防啓発プロジェクトは、将来的に淘汰される可能性が大きいでしょう。

3.VCT(自発的カウンセリング・検査) その重要性と可能性

(1)VCTって何?

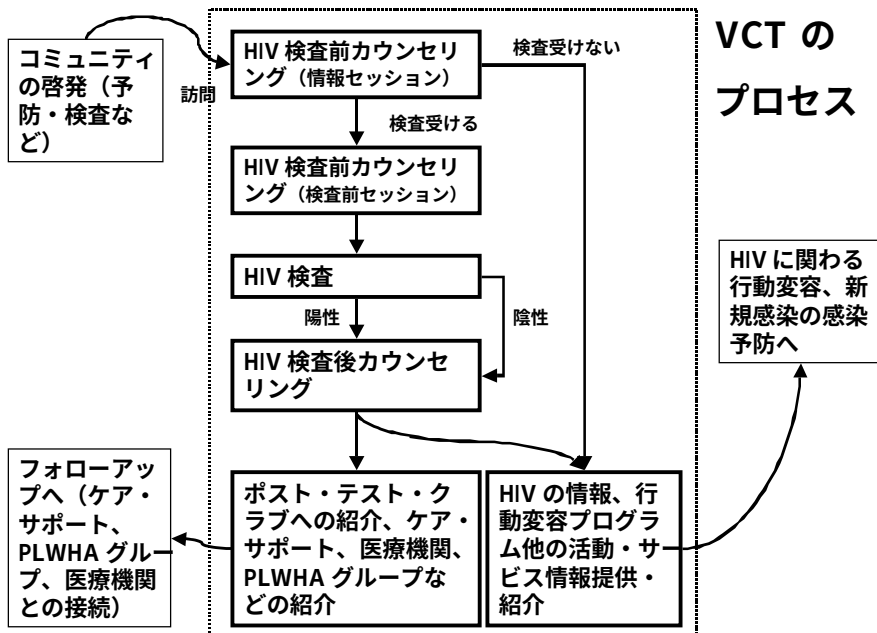
最近、途上国のHIV/AIDSへの取り組みの中で「VCT」(voluntary counseling and testing 自発的カウンセリング・検査)という言葉をよく聞きます。「VCT」とは一体なんでしょう。

VCTとは、最近になって途上国を中心に広く行われている、自発的なHIV検査と事前・事後のカウンセリングをセットにしたプロセスのことです。

序章で触れたように、HIVは感染してから5～10年の無症候期があり、この期間中は、検査をしなければHIVに感染しているかどうか分かりません。感染者が治療を含め、今後の人生に備える上でも、また、感染の広がりを押さえる上でも、検査は大切です。

しかし、VCTというモデルが確立するまで、HIV検査は就職・徴兵・結婚・出入国などに伴って強制的に行われることが多く、HIV/AIDSについての基礎知識や陽性の際の心得など、検査前の情報伝達はおろか、検査後のフォローアップも十分ではありませんでした。これでは、差別や偏見が強まり、さらに、人々がHIV検査を避けるといった事態が生じ、社会やコミュニティがHIVに対して後ろ向きになってしまうといった悪影響が出かねません。

こうした弊害を避け、検査というプロセスを、事前・事後のカウンセリングと合体させ、守秘義務を徹底し、予防やケア・サポートとうまく連携させて、HIVに対して



前向きなプロセスとして位置付け直して
いこうという発想から、VCTは生まれま
した。国によっては、VCTにConfidential
（個人情報の保護）をくっつけてVCCT
（voluntary and confidential counseling
and testing: 自発的で個人情報の保護され
たカウンセリング・検査）と呼ぶところも
あります。UNAIDS（国連エイズ合同計画）
はVCTを以下のように定義しています。

「VCTとは、HIV検査を受けるか否かに
関して、正確かつ必要十分な情報に基
づいた自主的判断が下せるようになる
ために、個人がカウンセリングを受
ける過程である。こうした判断は完全
な自発的選択でなくてはならず、個人

はこうした過程が守秘義務に守られ
ることを保障されなくてはならな
い。」

（2）VCTのプロセス

VCTは、次のプロセスから成り立っ
ています。

① HIV検査前カウンセリング（pre-test counseling）

・検査の前に行うカウンセリングで、情報
セッションと検査前セッションに分かれ
ます。情報セッションでは、HIV/AIDSに
ついて、HIV感染予防の方法、HIV検査に

関する情報を提供します。グループ・カウンセリングで行う場合もあります。検査前セッションは、情報セッションで検査に関心を示した人を対象に行います。カウンセラーは、クライアントがなぜHIV検査を受けたいかを理解した上で、HIV検査の方法や、陽性・陰性の結果が出た場合の影響について説明します。このカウンセリングのプロセスでは、クライアントの個人情報の保護、インフォームド・コンセント(説明を受けた上での同意)が保障されなければなりませんし、HIV検査に対するクライアントの対応準備への配慮も必要です。

②HIV検査

・先進国ではPA法、ELISA法などで抗体検査を行い、ウェスタン・ブロット法(WB)で確認するのが一般的です。しかし途上国では、HIV検査の結果を同日中に告知できるようにするため、HIV簡易迅速検査法(rapid test)が奨励されています。二つのタイプの簡易迅速検査キットを使って検査が行われ、結果が違った場合には、より正確な検査を行うことになります。この場合は結果が出るまで1～2週間かかることになります。

③HIV検査後カウンセリング(post-test counseling)

・検査結果を伝えたのちにカウンセラーと持たれるセッションです。陰性の場合、HIV感染の予防方法などについて伝えたり、HIV/AIDSに関する意識付けを行い、今後の行動変容につながるよう努力します。陽性の場合、HIV感染という事実が何を意味するかについて伝え、クライアントがその事実を受け入れることをサポートします。また、可能ならば、今後利用できるケア・サポート、医療機関などのプログ

ラムやPLWHAのグループ活動の紹介を行います。

④フォローアップ

・HIV陽性が判明したクライアントは、心理的に大きな衝撃を受けます。生活の質の向上や前向きな生き方(ポジティブ・リビング)を実現するには、継続したカウンセリングや、同じ立場におかれた他のPLWHAとのピア・カウンセリング、サポートなどが必要です。VCTセンターによっては、陽性者のためのポスト・テスト・クラブを設置し、クライアントとの継続的な関わりを追求しているところがあります。また、PLWHAのグループなどの紹介を行っているところもあります。

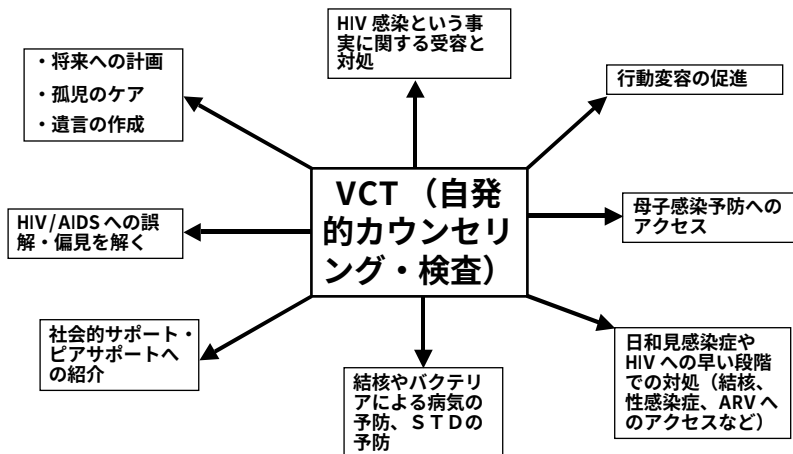
(3)VCTの重要性

ここでわかるように、VCTは、個々人が、陰性・陽性を問わず、HIV/AIDSに関わる様々なサービスに直接出会っていく「入口」の役割を果たします。陽性者は、VCTを「入口」として、ケア・サポート、治療、PLWHAのグループ活動など、様々なサービスや活動に出会っていきます。また、陰性者も、検査を受けたという経験を通して、HIVに関する正確な情報や予防方法、行動変容に関わる活動に出会っていきます。VCTの整備は、人々がHIV/AIDSというリアリティと、HIV/AIDSに関わる様々な活動に出会っていく機会を保障する上でとても重要な作業なのです。

(4)VCTに必要なことは何か

VCTはカウンセリングと検査を含めた複合的なプロセスであり、また、予防、ケア・サポート、治療など様々なHIV/AIDS対策の「入口」として整備する必要があります

HIV 予防・ケアの「入口」としてのVCT



出典：Planning and Implementing HIV/AIDS Care Programmes A Step by Step Approach, World Health Organization Regional Office of South-East Asia

ます。VCTのプロジェクトの成功の要件には、様々なものがあります。

まず、物理的にVCTを成り立たせるためには、HIV簡易迅速検査キットや、その他必要な医療器具類の安定的な確保、VCTカウンセラーおよびHIV検査技師の確保などが必要となります。また、立地についても考える必要があります。交通の不便な地方や、他の医療機関との連携が充分でないところでは、VCTセンターが単独であるよりも、病院やクリニック、保健センター等に併設し、クライアントが一度にいろいろなサービスを受けられるようにする（ワン・ストップ・クリニック）方が効果的と言えます。

また、地域・コミュニティの人々に、より有効に活用されるようなVCTサービス作

りに重要なのは、以下の観点です。

①地域・コミュニティに対する継続的かつ一貫した広報メッセージの伝達

地域・コミュニティに対するHIV/AIDS啓発活動と連携して、検査の大切さも伝えていき、検査を受けるように人々を動機づけることが大切です。テレビ・ラジオなどでの広報や、特定のコミュニティを対象にする場合は、口コミや、特定のメディアでの広報（例えばゲイ・MSMコミュニティならゲイ・マガジンなど）も有効です。

②地理的アクセスや個人情報の保護などを考えた立地

クライアントが来やすい地理的位置に

立地する必要があります。一般を対象とするなら交通至便な・人々が集まる場所の近く、特定の人口・社会集団を対象とするなら、これらのグループの人々が特に集まる場所の近くなどです。一方で、個人情報が保護されないのではないかと、VCTセンターに来ていることが誰かに見られるのではないかというような場所では困ります。気軽にVCTセンターに足を運び、検査を受けるには、匿名性の高い都市の雑踏がある場所などの方が適切だと言えるでしょう。

VCTサービスがHIV/AIDS対策全体によい影響を及ぼすことを考える上では、次のような視点が必要です。

①検査とケア・サポート、治療の連携の強化

VCTサービスはPLWHAへの様々なサービスの「入口」です。VCTサービスは、ケア・サポートや治療など、「次のステップ」と連携し、そちらに橋渡しをしていけるような形で行う必要があります。そのため、同じ地域でケア・サポート活動を行っているPLWHAのグループやエイズ・サービス組織、治療を提供している医療機関などの連携を強化すること、また、VCTサービスとしても、ポスト・テスト・クラブなど陽性判明者の過渡的な受け皿を作るように努力する必要があります。

②PLWHAとの連携や差別・偏見事例への対応

陽性が判明した場合、感染者にとっての問題は、AIDS発症と死だけというわけではありません。陽性であれば、HIVに関わる差別・偏見に直接さらされ、社会的・心理的に大きな問題を抱えることになります。

この場合に重要なのは、同じ立場で前向きに生きているPLWHAのロールモデルの存在です。VCTサービスがPLWHAグループなどとの連携を持ち、PLWHAの話を聞く機会や、メッセージなどを提供することができれば、クライアントは大きな励ましを得ることになります。また、HIV感染を理由にした解雇や社会的排除など、具体的な差別事例に直面した場合、少なくとも心理的なカウンセリング、また、こうした事例に対応できるNGOなどとの連携は、クライアントが安心してVCTを受けられる1つの要素になります。

③記録の保存と活用

VCTを「入口」とし、他のNGOやPLWHAのグループ、医療機関などと連携してクライアントに継続したフォローアップを提供できるようにするためには、守秘義務の遵守を前提に、クライアントに関する記録を一貫してとり、それを保存・活用できるようにしておくことが重要です。

④VCTカウンセラーへのケア・サポート

VCTカウンセラーは、陽性者への告知とフォローアップなどの重責を担う、精神的負担の重い仕事です。重責のあまり、「燃え尽き症候群」となったり、反対に気持ちがルーティン化して「検査さえしていればよい」といった態度に陥ったりすることもあります。ですから、VCTカウンセラーへの監督とサポートの仕組みを作り、カウンセラー同士のピア・カウンセリングその他、ストレスの緩和や仕事上の問題点の解消などを図る必要があります。

4. HIV/AIDSと包括的ケア・サポート

(1) ケア・サポートの重要性

途上国のHIV/AIDS対策に関する支援では、予防啓発、VCTなどが知られています。また、抗レトロウイルス薬(ARV)の価格低下やWHOなど国際機関の治療重視の方針によって、抗レトロウイルス治療(ART)を含む治療が徐々に脚光を浴びつつあります。しかし、これらはいずれも、ケア・サポートの充実がなければ成功しません。

HIV陽性が分かったときに、その後何のフォローもなく、ただ差別にさらされるだけというのでは、本人にとって、VCTを受けるメリットはありません。少なくとも、しっかりとケア・サポートにアクセスできることが、VCTへの動機付けにとって必要でしょう。

一方、病気が進行し、日和見感染症を発症してしまった場合、しっかりとケア・サポートがなければ適切な医療・保健サービスにアクセスすることは難しいと言えます。また、煩雑な服薬に一生つきあわされるARTに関しても、適切な服薬への動機付けには、ケア・サポートへのアクセスや、PLWHAがお互いに学び合うピア・サポートのプログラムが非常に重要だと言えます。

エイズ対策に成功している途上国の多くが、ケア・サポートに力を入れています。タイでは、90年代後半から「Living with AIDS」をスローガンに政府がケア・サポー

トを重点化する政策を行い、各地でケア・サポートのNGOやPLWHAグループが増加しました。ウガンダのエイズ対策の成功も、80年代後半に成立した新政府がエイズ対策を優先化し、それに呼応してエイズ・サービスNGOやPLWHAグループが数多く誕生し、ケア・サポートの活動が活発化したことが大きな要因です。ブラジルのエイズ対策の成功も、ARVの無償配布政策以前に、ケア・サポートを担うエイズ・サービスNGOやPLWHA組織が十分に発達していたことを背景にしたものです。

しかし、途上国の中には、いまだにケア・サポート軽視の政策が続いており、PLWHAグループなどにすべてが押しつけられているところも少なくありません。国際社会が、HIV/AIDSに関するケア・サポートの重要性をより深く認識し、各国でPLWHAへのケア・サポート体制の確立やPLWHAのグループ・ネットワークへの支援が強化されることが望まれます。

(2) どんなケア・サポートがあるのか

ケア・サポートは、狭い意味での医療・保健に関わることだけでなく、PLWHAの持つ様々なニーズに応えること全体を指します。インドで実施されたある研究では、PLWHAのニーズには以下のようなものがあります。

- ア) 病気の症状を緩和するための臨床・看護ケア
- イ) PLWHAおよび家族・パートナー・親しい関係にある人々に対する心理的なサポート・カウンセリング
- ウ) 経済的に困窮するPLWHAのための雇

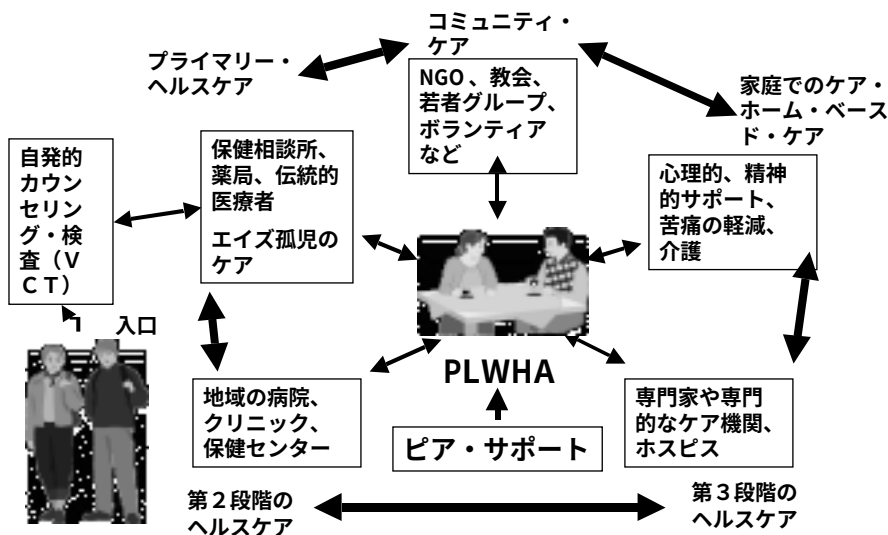
- 用機会の提供や財政的サポート
- 工)職場や地域における差別などを克服するための法律的なサポート
- オ)家計の中心を担っていた人のエイズによる死に際しての、配偶者や子どもへのサポート
- カ)ケア・サポートを提供している家族や深い関係にある人などに対する、ケア・サポートに関わる情報提供やトレーニング

これらのニーズに応えるのがケア・サポートということになります。当然、そこに従事する人々は、医療従事者に限りません。家族、友人、近所の人、同じコミュニティに属する人、同じ経験や立場を共有す

るPLWHAなども含まれますし、専門性を持つ人という意味では、職場での差別に取り組む法律家なども、ケア・サポートの提供者になります。

病状の進行に従って、ケア・サポートの内容も変わります。VCTによって感染が判明した場合、まず必要になるのは心理的サポート・カウンセリングです。HIV感染を告知された人は、通常、深い心理的衝撃を受け、傷を負います。自分の感染を受け入れ、肯定的に生きることができるようになるには、ある程度の時間がかかります。通常、最初は個別のカウンセリング、徐々に集団的なカウンセリングやPLWHAの団体への紹介などを行います。また、AIDS発症以降のことを考えれば、家族や友人な

HIV/AIDS とケア・サポートの連続性



出典：Planning and Implementing HIV/AIDS Care Programmes A Step by Step Approach, World Health Organization Regional Office of South-East Asia

どに感染の事実を伝えることも重要になりますが、ここで差別や排除に直面することもあります。これらに対処していく上で力になるのは、PLWHAのグループです。適切なPLWHAグループには、同じような問題を乗り越え、肯定的に生きているメンバーや、同じ問題に直面しているメンバーがいます。こうした人々と出会い、話す機会を持つことは、勇気を持ち、前向きに生きていくうえでよい機会になります。

免疫力を保ち、AIDS発症を遅らせる上で重要なのは、ストレス管理と栄養支援です。経験のあるPLWHAグループやエイズ・サービスNGOなどでは、免疫力向上に効果がある食材を使った料理などの紹介や、調理実習などの企画が行われることもあります。

エイズを発症した段階以降に、非常に重要になってくるのがホーム・ベースド・ケア(home based care: HBC)です。これについては次に詳述します。

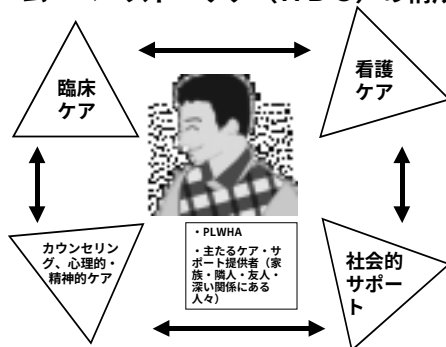
家計の中心を担っていた人の病状が深刻化したり、亡くなってしまった場合、残された家族のサポートが重要になります。心理的な問題もありますが、経済的な問題も大きなものになります。アフリカでは、子どもは親族の家に引き取られることが多いですが、引き取った方の親族も貧困に悩んでいます。エイズ遺児を養育している家庭の所得向上のプロジェクトや、エイズ遺児の就学支援は重要です。こうしたプロジェクトに取り組んでいるNGOは最近増加しています。

(3)ホーム・ベースド・ケアとは何か

アフリカなど、HIV/AIDSが深刻な途上国で最も重視されているのがホーム・ベースド・ケア(HBC)です。HBCはエイズ・サービスNGOやPLWHAの組織などによって主に営まれています。エイズを発症したPLWHAの介護を日常的に行うのは、家族や深い関係にある人、友人などですが、HBCは、地域に根ざしたエイズ・サービス組織やPLWHAのグループが、これらの人々と親しい関係を作りながら心理的サポートや臨床・看護ケアを提供したり、必要に応じて関係諸機関や医療機関を紹介したり、福祉制度活用への橋渡しをするものです。また、PLWHAは社会的な差別や排除を受けたり、放置されたりして貧困の中で単身生活している場合もあり、こうした場合にはPLWHAの基本的な生活面でのケアも含めたHBCの展開が必要なこともあります。

HBCは主に、次の4つの要素で構成され

ホーム・ベースド・ケア(HBC)の構成



出典：National Home Based Care Programme and Service Guidelines, Republic of Kenya Ministry of Health

ます。

①カウンセリングおよび心理的サポート (counseling and psycho-spiritual support)

PLWHAと、家族、主に世話をしている人などの心理的ストレス・不安を軽減し、ポジティブ・リビング(前向きな生き方)を促進するものです。感染者仲間同士で食事を共にしながら、定期的な個別・集団カウンセリングを実践しているPLWHAグループが数多くあります。)

②臨床的ケア(clinical care)

日和見感染症や、関係する病気について診断し、治療に結びつけること、定期的な投薬や予後の経過観察などを行うものです。軽い風邪や皮膚病のケア、結核を併発した場合などにおける、DOTS(directly observed treatment shortcourse 直接監視下短期化学療法)の投薬なども行われる場合があります。

③看護ケア(nursing care)

掃除や入浴、ベッドメイキングなどで清潔な衛生状態を維持したり、一緒に食事を作るなどして栄養状態を改善したりするなど、介護の面を担うのがこれです。同時に患者の親族等に対して、感染予防や看護の基礎知識を伝えます。この中で、体の不調などの問題が出てくれば、臨床ケアにつながることになります。

④社会的サポート(social support)

これは、クライアントのニーズに応じて、その社会にある公共・民間のサービスの情報を提供したり、紹介したりするもの

です。遠隔地にいる親戚や知人との連絡などの個人的・日常的な用向きから、社会福祉制度へのアクセス、医療機関の紹介などのソーシャルワーク、不当解雇などの差別事件に対する法的対応、遺言や遺産相続などに関わる法律相談の紹介などが含まれます。

HBCは、クライアントとなるPLWHA、主にクライアントの介護を行う家族や知人、親しい関係にある人などと日常的につきあい、心理的サポートや臨床ケア・看護ケアなどを提供しながら、クライアントと様々な社会資源とを結びつけていくソーシャル・ワーク的な機能を果たすものです。

ケアの多くは、トレーニングを受けたボランティアでもできるものが多いですが、診断・投薬等の指示に関しては、医師・看護師など専門性をもった人の参加が必要です。また、ソーシャル・ワーク的なサポートに関しては、HBCを行う団体が、社会の公共・民間の様々なサービス提供者と連携を持っている必要があります。

途上国では、公共の社会福祉制度や法律制度が力を持っていない場合も多く、インフォーマルな社会福祉システムや慣習法システム(同郷の人たちでつくる講や、地域社会の伝統的ルール)を活用することが必要になってくる場合も多いと思われます。

途上国でこうしたHBCに中心に関わっているのは、主に①地域・コミュニティに根ざしたPLWHAの組織、②地域に根ざした信仰に基礎を置く組織(faith based organization)、③国内外のNGOなど

が挙げられます。よく見られる活動パターンは、当該の地域・コミュニティに、PLWHAが気軽に来ることのできるドロップ・イン・センター(VCTセンターを併設する場合もある)を設置し、そこを拠点としてHBCを展開するというものです。このドロップ・イン・センターに診療所を開設し、決まった曜日などに医師・医療従事者などが来て日和見感染症の診療を行うなどのケースも見られます。

(4) ケア・サポートについて先進国のNGOができること

先進国のNGOが、草の根でHBCで活動するNGOに支援する方法としては、自国の公共・民間の資金を動員した財政的支援、医療やケアの専門的知識を持つ人材のプロジェクトへの投入やケア提供者の教育訓練などが挙げられます。また、先進国のNGOという地位を生かして、こうした団体と政府機関・国際機関の連携の強化に向けて働きかけを行うとか、地域における第3者の地位を生かして、地元の有力者がHIV/AIDS問題にもっとコミットしたり、差別や偏見をなくすよう動くように説得するなどの役割もあり得るでしょう。

いずれにせよ、ケア・サポートは、途上国におけるHIV/AIDS対策の中心的な位置を占めるものです。ケア・サポートの普及に応じて、自身の感染の有無を確認しようとする人が増えるのです。途上国でケア・サポートに携わるNGOに対する支援の強化が望まれます。

5. 地域保健とHIV/AIDS：関連する活動をつなぐ

(1) 様々な活動と結びつくHIV/AIDS対策

これまで見てきたように、HIV/AIDS問題は単に医療・保健の問題にとどまらず、様々な領域とつながり、社会全体に大きな影響を与えています。そのつながりを例として示すと、例えば次のようなものがあります。

○HIV/AIDS予防啓発

- ・青少年への啓発→学校教育、地域での教育(子ども会、青年グループ活動など)
- ・女性への啓発→リプロダクティブ・ヘルス/ライツ向上活動
- ・男性への啓発→企業内活動、労働組合活動、性感染症予防

○VCT→婚姻時の健康診断、妊娠婦検診

○母子感染予防→母子保健活動

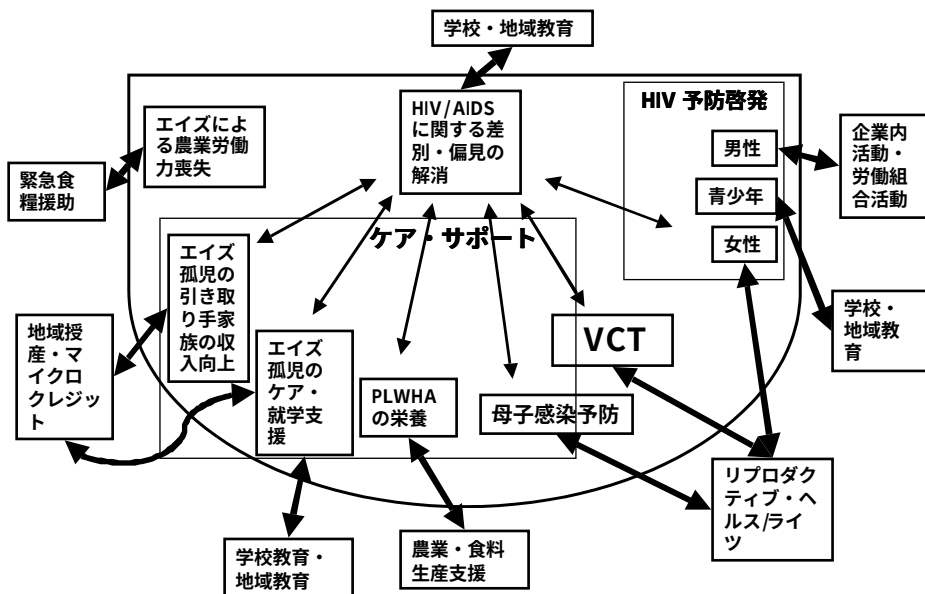
○ケア・サポート

- ・PLWHAのQOL改善→栄養改善活動、プライマリー・ヘルスケア
- ・エイズ遺児のケア・就学支援→学校教育、地域での教育(コミュニティ・スクール)、孤児院
- ・エイズ遺児の引き取り手家族の収入向上→地域授産、マイクロクレジット、職業訓練活動

○エイズによる社会的インパクトの軽減

- ・エイズによる農業労働力損失→農業生産向上活動、食料不足・飢餓への緊急援助
- ・エイズによる教員喪失→教員養成および

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26



研修カリキュラム改正

○差別・偏見の解消→人権教育・啓発、人権
関連法整備支援、弁護活動強化

その他にも、社会の様々な領域とのつながりがあります。

これら、HIV/AIDSに関連する領域における取り組みについては、HIV/AIDSを中心に取り組んでいるNGOやグループが最初から立ち上げる場合と、もともと教育やリプロダクティブ・ヘルス、農業・食糧増産支援などに取り組んでいるNGOやグループが、HIV/AIDS問題の深刻化を受けて、元々のプロジェクトの延長線上でHIV/AIDSへの取り組みを統合して行う場合とがあります。

後者の場合、もともとオリジナルな課題での取り組みによって、地域にすでに基盤

を持っているケースが多いので、最初から立ち上げるよりも、もともとある信頼関係をベースにHIV/AIDS問題に取り組めるという点が、大きな利点です。途上国では、多くのNGOが、オリジナルな自分たちの活動にHIV/AIDSに関わるプロジェクトを統合・拡大することによって多くの成果が生み出されています。

(2) リプロダクティブ・ヘルスとHIV/AIDS

人口、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、HIV/AIDS問題と大きく重なる分野です。そもそも、HIV/AIDSは性感染症の側面を強く持っていますが、性感染(sexually transmitted infection:STI)の予防はリプロダクティブ・ヘルスの大きな課題の1つで

す。

また、リプロダクティブ・ヘルス/ライツにかかわる教育・啓発と、HIV/AIDSの予防啓発とは大きく重なります。リプロダクティブ・ヘルスの目標の1つとして、「人々が安全で満足のいく性生活をもつこと」が挙げられますが、男性用・女性用コンドームの普及などを始めとするセイファーズ・セックス(よりHIV感染の可能性の少ない性行為)の普及は、この目標達成に避けて通ることはできません。また、リプロダクティブ・ライツの観点から言えば、セックスにあたって、例えば異性間のセックスならば、女性の側がセイファーズ・セックスに関する知識を持ち、女性が男性にコンドームの使用を要求できる権利を確立したり、コンドームの使用を促す社会的な土壌、雰囲気を作り出したりしていくことは重要です。

妊娠・出産の安全や、出産後の母子保健に関しても、リプロダクティブ・ヘルス/ライツとHIV/AIDSは大きく重なります。妊産婦検診におけるHIV検査は、「自発性」と「守秘義務の徹底」を原則として行われなければなりません。その一方で、積極的な検査を促すキャンペーンも必要です。

また、HIVに感染した妊産婦の出産の権利は完全に保障されるべきで、その場合、重要になってくるのは母子感染予防(PMTCT)です。一定の時期から、妊産婦にAZTやネビラピンなどのARVを投与すれば、母子感染の確率は半減します。PMTCTの普及はリプロダクティブ・ヘルスの課題でもあります。

これまでPMTCTは「出産段階での新生児への感染を防ぐ」ことに重点が置かれて

いましたが、母乳による感染や、養育期に母親がエイズで死ぬことによるエイズ遺児の増加は、母子保健に関わる大きな課題です。また、最近では、PMTCTを入口として、出産後の母親をARTを含むHIV/AIDS治療につなげたり、パートナーのケアも含めて行くようなアプローチである「MTCT+」が注目されています。

リプロダクティブ・ヘルスの定義は、「人間の生殖システム、その機能と過程のすべての側面において、単に疾病や障がいがないというだけでなく、身体的・精神的・社会的に良好な状態にあること」「人々が安全で満ち足りた性生活を送ることができ、生殖能力を持ち、子供を産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由を持つこと」とされています(1994年カイロ国連人口開発会議)。この定義に照らせば、HIV/AIDS問題のある側面は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの課題に包含されているということもできます。

(3) HIV/AIDSに関わる教育資材開発:ジョイセフの実践

リプロダクティブ・ヘルスとHIV/AIDSに関わるプロジェクトの統合の具体例として、ジョイセフ(家族計画国際協力財団)のケースを紹介します。

ジョイセフでは、タンザニア、ザンビア、ケニア、マラウイ、ガーナの5ヶ国で、各国の家族計画協会とともに、現地の保健推進ボランティア・若者ピアエデュケーターの育成によるリプロダクティブ・ヘルスの活動を展開しています。これらのボランティアやピア・エデュケーターは、農村地帯における家族計画普及、栄養改善、保健衛生

(手洗いやトイレの普及)、寄生虫予防、母子保健のサポートなどを実施してきました。

90年代のHIV/AIDS問題の深刻化の中で、プロジェクト地域でもAIDSによる死者が増加し、こうしたボランティアたちから、HIV/AIDS問題に何とかして取り組みたいが、適切な教材がなく、トレーニングも受けていないので、協力をしてくれないか、というニーズが強く表明されました。そこでジョイセフは、これまでの草の根家族計画・保健推進プログラムに、HIV/AIDS対策としての行動変容コミュニケーション(behavioral change communication: BCC)プログラムを統合して推進することとしました。

最大のニーズは教材作成でした。各国の家族計画協会で調べたところ、既存の教材は少なく、しかも以下のような問題を抱えていました。

- ・コミュニティに近い場所に教材として使えるものがない(せいぜい政府が作成したポスター程度)
- ・援助機関・NGOなどによるプロジェクトの実施時には教材が作られているが、プロジェクトが終了すると、再販されなくなってしまう。
- ・現地の人たちの言語による教材がない(英語中心)
- ・HIV/AIDSに関する知識をただ伝える教材がほとんどで、人々の感情を動かすような「感情伝達教材」がない。
- ・教材がコミュニティの参加によって作られていない。

そこで、以下のコンセプトのもとに新教材の作成をするプロジェクトが開始され

ました。

- ・保健ボランティアが容易に使えるもの。
- ・文字ではなく映像(絵など)を中心にした媒体。
- ・行動変容の動機付けになるように、感情伝達を中心とした媒体にする。
- ・宗教的な偏りを避け、宗教・文化などの壁を乗り越えられるものにする。
- ・制作の段階からコミュニティに積極的に参加してもらう。

こうしたコンセプトの下に、まずプロジェクト対象地の村などでエイズに関するエピソードを集め、その後、教材開発のためのワークショップを開催して教材のコンセプトを決めました。教材としては、広くコミュニティの参加を得られ、映像を中心とし、感情に訴える伝達ができるメディアとして、紙芝居が選ばれました。

結果として、村の人々が自ら絵を描いて作った紙芝居セットができあがりました。試作品テスト期間中に紙芝居の上演に対して保健ボランティアや村の人々から出た質問をもとに、HIV/AIDSに関するQ&Aポケットブックが作られるなど、新たな発展もありました。

ジョイセフの紙芝居教材は、村のコミュニティの最大限の参加を得て作られたもので、ここから、以下の教訓が導き出されています。

- ・コミュニティには才能のある人々が多いが、開発プロジェクトに十分に活用されていない。開発プロジェクトの企画者・管理者もコミュニティの能力を過小評価している。
- ・コミュニティの人々は、いったん問題を

把握し、納得すると、問題解決のために自主的に多くのことに積極的に参加するようになる。

- ・コミュニティがもともと持っている問題解決能力を引き出す手法が必要である。

- ・制作段階からコミュニティの積極的参加があると、開発された教材に対してコミュニティが高い価値を付与する。

(4) HIV/AIDS問題の特性を理解しながら統合を進める必要性

ジョイセフの事例を紹介しましたが、このように、すでに地域で様々なプロジェクトを行っているNGOは、地域との間に大きな信頼関係やネットワークを持っており、その関係を活用することで、一から立ち上げるよりもずっと適切なHIV/AIDSプロジェクトを作ることができます。とくにジョイセフの上記プロジェクトでは、最初の段階から当事者であるコミュニティの最大限の参加を得たことが、成功への最大の要素となったといえます。

オリジナルな課題とHIV/AIDSプロジェクトの統合を図るときに注意しなければならないのは、HIV/AIDS問題とそれへの取り組みが持ってきた歴史的・文化的な特徴を把握し、理解する必要があることです。

HIV/AIDSは、マイノリティや社会的に脆弱な立場におかれてきた人々の権利を求める運動が社会的な力を持ってきた80年代に登場しました。PLWHAを始め、ゲイ・レズビアン・MSM、セックスワーカー、ドラッグ・ユーザー、移民労働者など、社会の中で周縁的な立場におかれた様々なコミュニティが、HIV/AIDSおよび

関連する差別・偏見との闘いの中で、HIV/AIDSに関わるそれぞれの活動の実践と理論を作り上げてきています。また、ジェネラルなHIV/AIDS対策についても、VCTに見られるように、人権の問題と関連した規範化が行われています。

NGOが、オリジナルな課題へのプログラムにHIV/AIDSへの取り組みを統合して実践する場合には、これら周縁化された立場におかれたコミュニティの活動の実践および理論、また、HIV/AIDSと人権に関わる取り組みの規範のあり方に配慮する必要があります。

ここで特に述べておく必要があるのが、GIPA (greater involvement of PLWHA: PLWHAの参画拡大) 概念です。この概念は、日本ではあまり知られていません。80年代のHIV/AIDSへの取り組みを経て93年のパリ・エイズサミットで公式化されたこの概念は、HIV/AIDSに関わる全ての政策・事業・活動に関して、PLWHAを中心に置き、PLWHAの参画を最大限保障することを求めています。

開発プロジェクトの場合、とにかく対象となる人々を、開発の主体としてではなく、裨益者、客体として捉える風習がありますが、とくにHIV/AIDS問題に関しては、これは適切ではありません。予防啓発活動も含め、HIV/AIDSに関わる活動については、あらゆる場面でPLWHAとの関わりを考え、その主体的な参画を積極的に保障していく必要があります。

第2部 誰にとってのHIV/AIDS対策？

第1部では、途上国におけるHIV/AIDS対策プロジェクトとしてどのようなものがあるかを詳述しました。第2部でテーマにするのは、HIV/AIDS対策が焦点を当てている様々な社会的集団・コミュニティについて、コミュニティの実情に即してどのような対策が必要か、ということです。

1. 個別対策とは何か

(1) ヴァルネラブル・グループのおかれた社会的位置とハイリスク行動

HIV/AIDSの感染拡大の動向を見ると、特に感染の可能性にさらされているコミュニティ・社会的集団が存在することが分かります。

アメリカ合衆国は、世界で最初にHIV感染拡大が大々的に生じた国です。この国でHIV感染に最もさらされたのは、ゲイ・コミュニティでした。日本では、HIVの混入した非加熱血液製剤の使用により、多くの血友病患者がHIVに感染しました。東南アジアや中東のいくつかの地域では、HIV感染の波が最初に生じたのはドラッグ・ユーザーでした。

序章で見たように、HIV感染はHIVを含んだ精液・膣分泌液・血液を体に受け入れることによって生じます。それをもたらす行動は、コンドームを使わないセックスなど感染の可能性の高い性行為（アンセーフ・セックス）、注射器の回し打ちによる薬

物使用などで、これらの行動は、HIV感染の可能性の高い行動という意味で「ハイリスク行動」と呼ばれています。単純かつ機械的に言えば、こうした行動の多い社会的集団は、感染の可能性に特にさらされている集団であるということが出来ます。

しかし、これらの行動も社会的な文脈の中で生じることであり、実際に感染のメカニズムを社会的な文脈の中に置き直してみると、ことはそう単純ではありません。ハイリスク行動を避けるためには、

- (1) 何がハイリスク行動であるかを人々が知っていること、
- (2) ハイリスク行動の代替行動として、ローリスクな行動が存在すること、またそれが周知されていること、
- (3) 人々にハイリスク行動を回避し、ローリスクな行動をとる十分な動機付けが存在していること、が必要です。ここに、各社会的集団がおかれた社会的な位置という要素が関係してきます。

1980年代の米国のゲイ・コミュニティ

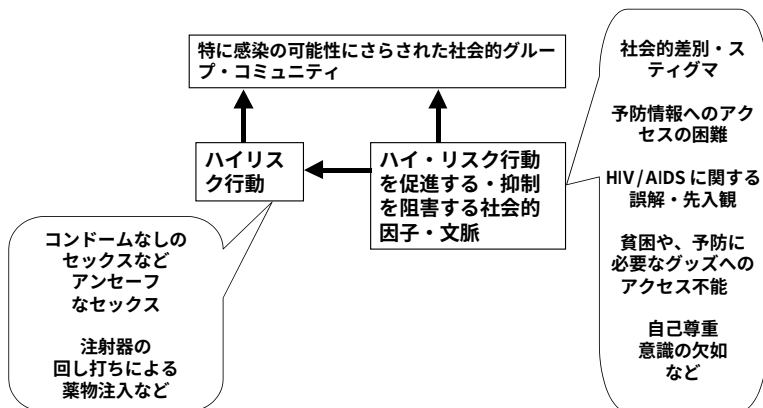
は、AIDSでどんどん仲間が死んでいく、という状況の中で、様々な試行錯誤の末、コンドームを使用したセックスを中心とするセイファー・セックスというオルタナティブな行動のあり方を作り出しました。しかし、問題は、コミュニティの人々が、セイファー・セックスを選択する動機付けをどう作り出すかということでした。ゲイ・コミュニティにおけるHIV/AIDS予防啓発は、二つの問題に直面します。まず、HIV/AIDSを直視しないという傾向です。

有効な治療法が開発されていなかった1980年代、HIV/AIDSは死に直結する病でした。致死性の病が、現実にはコミュニティを強い勢いで蝕んでいる……これはあまりにも恐ろしいことで、何の準備もなくこうしたことを率先して直視し、事実を認めることのできる人は多くありません。ぎりぎりになるまで見たくない……これが多

くの人々に共有された心情でした。それも、1980年代のゲイ・コミュニティは、1960年代までの抑圧の時代から、1970年代のゲイ解放運動を経て、ようやく市民権を手にしたばかりでした。権利を巡る長い闘いの後に、今度は病気との闘いが待っているなどとは誰も思いたくありません。

もう一つは、自己尊重とセックスをめぐる問題です。ゲイが自分の性的指向を自覚するのは思春期です。多くのゲイは、自分がゲイだと気付くころから、学校や地域の子ども社会の中で、徹底した差別や偏見の対象となります。直接、暴力や嫌がらせを受けなくても、子ども社会は、ゲイという社会的集団に対する差別的な表現であふれています。こうした差別や偏見は、差別される側の内面にも強い影響を及ぼします。社会に存在する差別や偏見の意識が「内面化」(internalization)され、「自分はか

HIV/AIDS に関する脆弱性 (vulnerability) の構造



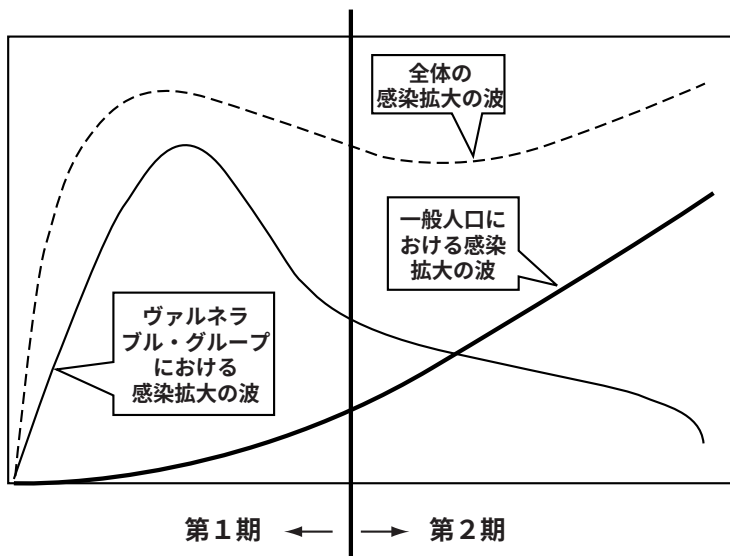
けがえのない存在だ」という自己尊重の意識を確立できなくなり、自分に対して否定的になります。平たく言えば、「どうせ自分なんて」と考えてしまい、自分の命を大事にできなくなってしまうのです。

一方、コミュニティと出会って経験するセックスと恋愛関係は、自分の欲求・欲望を満たすことのできる、非常に限られた時間です。自分が生きている、という喜びを実感できる限られた場を、病気の心配や、コンドームの使用といった煩雑なことで奪われたくはありません。しかも、セックスの時間は特別な時間であり、いま、それを失ってしまったら、たとえ身体的に健康でいられたとしても、ここで得られるような自己実現は期待できないのです。こうしたメカニズムから、人々は瞬間的に「今・こ

こでのセックス」と「長期的な身体的健康」を天秤にかけ、前者を選んでいったわけですから。

もちろん、1980年代米国のゲイ・コミュニティにおいては、エイズ予防啓発に膨大なエネルギーが投下されました。その結果、コミュニティは最終的には壊滅を免れることができましたし、現在HIV予防啓発の一つのモデルとなっている「行動変容コミュニケーション」(BCC)モデルの原型もゲイ・コミュニティの中で形作られました。ゲイ・コミュニティは世界の多くの国で最もHIV/AIDSへの対応準備度の高いコミュニティになっていますし、途上国も含め、アドボカシーから予防啓発まで、HIV/AIDSに関わる活動の多くは、その起源を欧米におけるゲイ・コミュニティの

疫学的観点からのHIV感染の推移



出典：平成10年度「HIV感染症の疫学研究」研究総括研究報告（木原正博氏）用語を若干改訂

各国の政策におけるHIV/AIDS のターゲット・グループ

日本（1999年、厚生省告示 エイズ予防指針）

性に関する意志決定や行動選択に係る能力の形成過程にある青少年
言語的障壁や文化的障壁のある外国人
性的指向の側面で配慮の必要な同性愛者
性感染症としてHIV対策を進める観点から、性風俗産業の従事者及び利用者

多くの途上国におけるHIV/AIDSターゲット・グループ

ゲイ・MSM (men who have sex with men)	青少年 (youths)
静脈注射薬物使用者 (intravenous drug users)	トランスセクシュアル・トランスジェンダー (transsexual/transgender)
セックス・ワーカー (commercial sex workers)	単身労働者（出稼ぎ労働者・移民労働者）、軍兵士、警察
HIV感染者・AIDS患者 (People living with HIV/AIDS)	長距離運送業者

オーストラリア（1993/94, 95/96）

男性同性愛者 (homosexually active men)	注射薬物使用者 (injecting drug users)	アボリジナルおよびトレス海峡先住民 (Aboriginal and Torres Strait Islander communities)
獄中者 (prisoners)	セックス・ワーカー (sex workers)	医療従事者のトレーニング (training for medical care workers)
一般のコミュニティ (general communities)	青少年 (youths)	HIV感染者・AIDS患者 (People living with HIV/AIDS)

1980年代の実践に負っています。しかし、人々がHIV/AIDSの現状を直視し、ポジティブな現状を作り出すまでに、多くの人々が命を失ったこともまた事実なのです。

ここまで1980年代の米国のゲイ・コミュニティの事例を見てきましたが、特に感染の可能性にさらされているコミュニティにおけるハイリスク行動の存在、およびその背景には、これらのコミュニティがおかれた社会的文脈の問題が大きく関係します。こうした社会的文脈を無視しては、これらのコミュニティにおけるHIV/AIDS対策は成功しないのです。

(2)「ハイリスク・グループ」から「ヴァルネラブル・グループ」へ

HIV/AIDSの感染拡大に最初に見舞わ

れた米国では、疫学者たちも、特に感染の可能性にさらされている人口集団の存在に関心を持ちました。80年代初頭のHIV/AIDSの広がりには、まずゲイ (homosexuals)、ハイチ人 (Haitians)、血友病患者 (hemophiliacs) の3つの集団で観測されたため、これらの集団は3Hと呼ばれました。その後、とくにゲイ・コミュニティの中で感染が拡大したので、この疾病は、GRID (ゲイ関連免疫不全: gay-related immune deficiency) と呼ばれました。この病気がAIDSと命名され、HIVという病原体が特定されたのはそのしばらく後のことです。

AIDSの事例が広範に観測されたこれらの集団に対して、疫学者たちはまず「ハイリスク・グループ」(high-risk group) というラベルを貼りました。しかしその後、感染がゲイ・コミュニティだけでなく、異性愛者などの一般人口の間にも広がり始め

ました。

一般人口の間での予防を促進する場合、特定の人口集団に「ハイリスク・グループ」というラベルを貼ることは、「自分は一般人口の一員だ」(平たく言えば「ふつうの人」)と考える人々に「エイズは特定のハイリスク・グループの問題で自分は関係ない」という意識付けを与えることになりません。ですから、この時点で「ハイリスク・グループ」というラベルは余り使われなくなりました。むしろ、感染の可能性の高い行為を「ハイリスク行動」と呼んで、「ハイリスク行動」を避けるためのキャンペーンを広範に実施することが重要だ、という認識が広まったのです。その結果、先進国では、エイズ対策における特定の人口集団への比重は一時期、若干弱まることになりました。

しかし、疫学的な観点から、実際のHIV感染拡大のメカニズムを考えれば、特定の人口集団への対策をやめ、一般人口への概括的なキャンペーンだけに特化することは必ずしも有効ではありません。HIVの感染拡大は、最初に特定の人口集団において特に観測され(偏在流行期)、その後徐々に、一般人口の間にも感染拡大が顕著に見られる「広範流行期」を迎えます。疫学者たちは、偏在流行期から広範流行期への変化において、これまでハイリスクとされていた集団だけでなく、例えば長距離ドライバーや単身の出稼ぎ労働者といった、一般人口の中に位置づけられていたグループが大きな役割を果たすことに気がつきました。そこで、旧来の特定の人口集団に加えて、これまでは一般人口の中に位置づけられていたこうした集団が、HIV対策の

「ターゲット・グループ」として新たに位置づけ直されることになりました。

オーストラリアは、1980年代末～1990年代を通じての国家エイズ戦略でターゲット・グループ対策を率先して導入し、HIV感染拡大を防いだ「エイズ先進国」です。オーストラリアが国家エイズ戦略でターゲット・グループとして位置づけたのは、ゲイ、セックスワーカー、ドラッグ・ユーザーおよび先住民(アボリジニーおよびトレス海峡諸島民)など九つでした。一方、日本で「ターゲット・グループ対策」がエイズ戦略にはっきりと位置づけられたのは、オーストラリアに遅れること10年、99年のエイズ予防指針策定による「個別施策層」概念の導入が初めてです。

ターゲット・グループ対策を重点化する上で重要なのは、これらのターゲット・グループがなぜHIV感染の可能性に特にさらされているのか、ということに着目することです。その理由付けとして、HIV感染への「脆弱性」(vulnerability)が注目されるようになりました。この脆弱性には、差別や偏見などによる社会的脆弱性、予防情報に対するアクセスの困難など、様々なものがあります。ターゲット・グループ対策を適切に行う上で重要な観点としての「脆弱性」の観点を強調するため、最近では、こうした人口集団は、HIVに対する「ヴァルネラブル・グループ」、ゲイ・コミュニティのようにコミュニティを形成している場合には、「ヴァルネラブル・コミュニティ」と表現されるようになりました。

途上国への援助などの文脈では、未だに「ハイリスク・グループ」といった表現が多く見られますが、こうした用語の変遷への

配慮は徹底されるべきです。

(3) アジアにおけるヴァルネラブル・グループとその運動

東南アジア・南アジアを中心とするアジア地域では、1970～80年代まで、ゲイ・MSM(男性とセックスをする男性:men who have sex with men、ドラッグ・ユーザー、セックスワーカー、移民労働者などのコミュニティは、強力な国家権力と強い社会規範によって社会的な可視性を獲得できないまま押さえつけられてきましたが、1990年代に入って、これらのコミュニティの運動は、HIV/AIDS対策の拡大と軌を一にして拡大し、それぞれの国のHIV/AIDS対策自体をリードする存在へと成長してきました。

アジアで最初にHIV/AIDS感染拡大を経験したタイ・カンボジアを別とすれば、アジア諸国の多くは、HIV感染は、こうしたヴァルネラブル・コミュニティを中心とした「偏在流行期」にあります。ですから、こうした国々では、ヴァルネラブル・コミュニティにおける対策を徹底し、一般人口の間での感染の顕著な増加を防ぎ、感染拡大の広範化を阻止する必要があります。南・東南アジア諸国では、各国のヴァルネラブル・コミュニティのHIV/AIDS対策を促進するための広域の当事者ネットワークが作られ、それらが連合してアジアのHIV/AIDS対策のポリシーをリードする存在として力を発揮しています。これら広域のネットワークは、全部で七つあることから、「セブン・シスターズ」と言われています。その内訳は以下の通りです。

- ・PLWHAのネットワーク:アジア太平洋PLWHAネットワーク(APN+: Asia Pacific Network of PLWHA)=事務所:在バンコク
- ・セックスワーカーのネットワーク:アジア太平洋セックスワーカーネットワーク(APNSW:Asia Pacific Network of Sex Workers)=代表:在クアラ・ Lumpur
- ・ドラッグ・ユーザーおよびハーム・リダクション(後述)のネットワーク:アジア・ハーム・リダクション・ネットワーク(AHRN: Asia Harm Reduction Network)=事務所:在チェンマイ
- ・ゲイ/MSM・レズビアン・バイセクシュアル・トランスジェンダー(LGBT)のネットワーク:アジア太平洋LGBTネットワーク(AP-Rainbow)=代表:在ムンバイ
- ・移住労働者のネットワーク=アジア・移動人口とエイズ行動調査調整機構(CARAM-Asia:Coordination of Action Research on AIDS and Mobility Asia)=代表:在クアラ・ Lumpur
- ・エイズ・サービス組織のネットワーク=アジア太平洋エイズ・サービス組織評議会(APCASO:Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations)=代表:在クアラ・ Lumpur
- ・研究者等のネットワーク=アジア太平洋エイズ学会(ASAP:AIDS Society of Asia/Pacific)代表:在メルボルン

南・東南アジア諸国におけるエイズ対策は、こうした広域ネットワークを形成する各国のヴァルネラブル・コミュニティ当事者のNGOやローカルなエイズ・サービスNGOと、先進国の国際NGO、国際機関、ドナー機関が連携することによって、大規模に行われています。アジアにおけるエイズ対策への関与において、これらヴァルネラ

ブル・コミュニティとの連携はきわめて重要です。

ヴァルネラブル・コミュニティ対策は ヴァルネラブル・コミュニティに学ぼう

日本でも、ゲイ・MSM、セックスワーカー、在日外国人、PLWHAなど、ヴァルネラブル・コミュニティに関わるHIV/AIDS対策が、これらのコミュニティに属するNGOやグループなどによって積極的に営まれています。個別対策については、当事者として具体的に対策を実施しているNGO・グループに聞くのが最も有効です。

2003年度に本研究会の事務局を務めたアフリカ日本協議会・感染症研究会でも、こうした活動をしているグループを紹介することができますので、お気軽にお問い合わせ下さい。

○アフリカ日本協議会 感染症研究会
(担当:稲場雅紀)

・住所:東京都台東区東上野1-20-6

丸幸ビル2 F

・電話:03-3834-6902

・ファックス:03-3834-6903

・電子メール:ajf@mtb.biglobe.ne.jp

2.セックスワーカーに 関わるHIV/AIDS対策

(1)セックスワークに関わるHIV/AIDS対策 の重要性

性風俗産業で働くセックスワーカーおよび性風俗産業の利用者層は、ゲイ・MSMコミュニティ、ドラッグ・ユーザーとともに、HIV/AIDSに関わるヴァルネラブル・グループとしてよく列挙される存在です。

これは当然のことですが、セックスワークを非合法としている国は数多くありますが、現実にはセックスワークが存在しない国・社会はありません。端的な例ですが、イスラーム原理主義体制をとっているイラン・イスラーム共和国においても、性風俗産業は様々な形をとって存在しています。イランにおけるシーア派の最大の聖地マシュハドでは、性風俗産業はシーア派の「一時婚」という規定を活用して合法的に存在しており、イスラーム法学者が、一時婚の許可を与える権限を握って、性風俗産業を大規模に経営しています。

セックスワークを非合法としている多くの国々で、セックスワークに対する法規制は、セックスワークを地下に追いやり、セックスワーカーのおかれた状況を悪化させる機能しか果たしていません。「セックスワークは法規制によってなくすことができる」といったフィクションに依存するのでなく、リアリズムに基づいた対策が必要です。

セックスワークに関わるHIV/AIDS対策の第一義的な重要性は、セックスワー

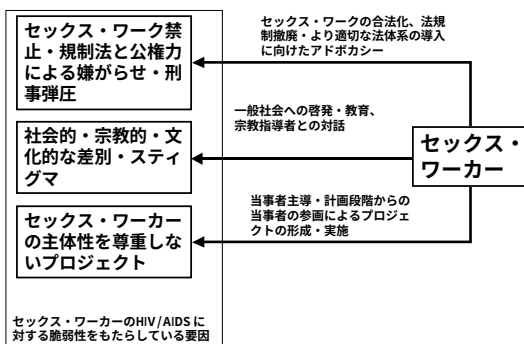
カー自身をHIV/AIDSから守ることにあります。セックスワーカーたちは、様々な悪条件の中で、HIVやSTI(性感染)から身を守る様々な技法を自ら作り出していますが、セックスワークに関わる適切なHIV/AIDS対策が公的に行われれば、こうしたセックスワーカー自身の健康への努力は、より大きな実を結ぶことになります。

疫学的な観点から言えば、セックスワーカーとその顧客、とくに長距離ドライバーや単身の出稼ぎ労働者は、HIVの感染拡大のプロセスを、ヴァルネラブル・コミュニティに感染がとどまっている「偏在流行期」から、一般人口の間に感染が広がった「広範流行期」へと進行させる役割を負う存在です。セックスワーカーおよびその利用者に対して、効果のある対策を展開することは、国や地域におけるHIV感染の拡大を防ぎ、封じ込める上で死活的に重要です。問題は、セックスワークに関わるHIV/AIDS対策として行わなければならないことは何か、ということです。

(2)セックスワークに関わるHIV/AIDS対策の障害は何か

このように、セックスワークに関わるHIV/AIDS対策は重要であるにもかかわらず、その対策は、多くの国で、必ずしも、十分かつ適切な形では行われてきませんでした。その結果、多くの国で、HIV感染が広範な一般人口の間にも顕著に見られるようになっています。

セックス・ワーカーとHIV/AIDS 対策



多くの国・社会でセックスワークに関わるHIV/AIDS対策の障害となっているのは何でしょうか。最初に挙げられるのが、セックスワークおよびセックスワーカーに対する差別とスティグマ、およびその法的顕現であるセックスワーク禁止・規制法です。

世界のあらゆる国・社会にセックスワークは存在します。同様に、世界のあらゆる国・社会にセックスワーカーに対する宗教的・社会的・文化的な差別・スティグマが存在します。これらの差別やスティグマを分析すると、一つの不思議な、かつ共通する特徴が存在することに気づきます。それは、多くの社会において、これらの差別やスティグマはストレートにセックスワーカーに対して向けられる一方、性風俗産業の利用、および利用者に関しては、差別・スティグマというよりは、隠蔽、さらには社会的寛容・容認という作用が働く場合が多いということです。平たく言えば、「セックスワーカーは問題だが、客はしょうがない」といった態度、つまり、差別やスティグ

マの向けられる対象に関して、二重基準があるということです。

この社会的作用がHIV/AIDS対策上マイナスに働くことは容易に想像できます。差別・スティグマの存在により、セックスワーカーはアンダーグラウンドな存在へと追いやられる結果、自ら組織化し、自らの健康について考え、対策をたてるといったことが困難になります。一方、セックスワークの利用者は、社会的に容認されたことをしているだけの一般人口の一員ですから、これもまた存在として顕在化することはありません、一般人口の中に溶解していただくだけです。結果として、セックスワークはHIV感染拡大の大きな要因でありながら、現象として社会的に顕在化しなくなってしまいます。

セックスワーカーに対する宗教的・社会的・文化的な差別やスティグマを法制度として固定化する役割を果たしてきたのが、セックスワークを禁止もしくは規制しようとする法体系です。これらの法律の多くは、上記のセックスワークに関する社会的な文脈を反映して、セックスワークの利用者ではなく、セックスワーカーを処罰の対象としてきました。そのため、多くの国で、セックスワーカーは非合法の存在とされ、セックス・「ワーカー」=労働者であるにもかかわらず、他の労働者には与えられている労働者としての権利や保護、社会保障制度などにアクセスする道が閉ざされています。また、非合法な存在であることから、警察からの嫌がらせや暴力を受けたり、性風俗産業の経営者によって人身売買や奴隷的拘束の対象となったり、過酷な労働条件の下で働かされるなど、非人間的な処遇

を受けることも多くなっています。このような場合でも、セックスワークに関する法規制のせいで、セックスワーカーが加害者を訴えることは困難で、暴力や人権侵害から法的に身を守ることができなくなっているのです。こうした法規制により、セックスワーカーはさらにアンダーグラウンドな存在となり、HIV/AIDS対策の実施はより困難になります。

セックスワークに関わる適切なHIV/AIDS対策の実施を困難にしているもう一つの要因は、「対策」それ自身に内在するものです。

一昔前まで、セックスワークに関する社会運動の多くは、「廃娼運動」に代表されるような、セックスワークそれ自体を廃絶しようとするものでした。これは、女性の権利を要求する運動の一つとして展開されたものですが、それ自体がセックスワーカーに対する社会的差別やスティグマを内面化し、なおかつ、セックスワーカーの存在や意識に対する想像力を欠如させたものでした。その結果、「廃娼運動」はセックスワーカーに対する法的規制を強化し、セックスワークをよりアンダーグラウンドな存在に追いやる結果となりました。

同様の想像力の欠如は、現代のセックスワーカーに対するHIV/AIDS対策の一面にも現れています。例えば、セックスワーカーが仕事の中で産み出しているHIV・STI予防の様々な技法の存在を無視し、その代わりに、外部者が頭の中で作り出したセクシュアル・ヘルスの知識を教え込むといった一方的な「予防啓発」プロジェクトや、セックスワークを頭からマイナスなものと決めつけ、セックスワーカーの意思を

無視して、とにかく洋裁などの授産教育を行って「セックスワークからの離脱」をはかるようなプロジェクトです。セックスワーカー自身の主体性を無視するこうしたプロジェクトは、セックスワーカー自身の保健・衛生への意思を挫いてしまうことにつながり、長期的に対策の障害になってしまいます。また、このようなプロジェクトは、現実を反映していないことが多く、実際には機能しないことが多いのが現状です。

セックスワークに関連する予防啓発モデルとしてよく取り上げられるのがタイの「100%コンドーム政策」です。これは、セックスワークの非合法化は維持しつつ、コンドームを100%使用している店舗に対しては国が法規制をゆるめ営業を認める、という政策です。セックスワーカーは登録制で、STD検査義務があります。しかし、これはセックスワーカー当事者の運動の中では、必ずしも肯定的な評価を受けていません。その理由の一つは、このキャンペーンがセックスワークの利用者のみに焦点を当てたものだったことです。このキャンペーンは、セックスワークの利用者のHIV感染の減少に大きな効果を上げましたが、セックスワーカーの安全や健康、権利の問題へのアプローチを欠落させており、この点については適切な効果を上げることができなかったと言われています。さらに、警察のおとり捜査や、HIVポジティブのセックスワーカーがよりアンダーグラウンドにおいやられるなど、人権侵害が増加する結果を招いたという批判もあります。

(3)セックスワークに関わるプロジェクト

では、セックスワークに関わるHIV/AIDS対策において適切かつ有効なプロジェクトとはどのようなものでしょうか。それは、先進国および途上国の双方で、当事者であるセックスワーカーと、サポートを行う様々なNGOの連携によって行われてきた実践を見ることによって、ある程度明らかになります。

タイやマレーシア、インドなどの大都市では、セックスワーカー当事者と支援者の連携で作る、HIV・STI予防・健康増進の活動を展開する組織や労働組合がすでに組織化されています。タイのエンパワー(Empower)は、バンコクやタイ北部でセックスワーカーのセクシュアル・ヘルス/ライツの啓発や権利擁護を行っています。マレーシアの首都クアラ・ Lumpur では、HIV/AIDSに取り組む同国最大のNGO ピンク・トライアングル(Pink Triangle)がセックスワーカー、ドラッグ・ユーザー、ゲイ・MSM、レズビアン、PLWHAの五つの周縁化されたコミュニティに関わる事業を行っています。セックスワーカーに関しては、市内にドロップ・イン・センター「IKHLAS」を設け、STIクリニックや授産教育の拠点として活用する一方、セックスワーカー自身がアウトリーチ活動を行ったり、警察や顧客からの暴力行為、不払い、警察のおとり捜査などの記録化やアドボカシーなども展開しています。

インド・西ベンガル州のコルカタにあるセックスワーカーの社会組織「DMSC」(Durbar Mahila Samanwaya Committee)は、同市の2万人に及ぶセックスワーカー

たちを組織化する一大組織ですが、この組織は、HIV / STD 予防介入プログラム (SHIP: STI/HIV intervention program) として、ショナガチ・プロジェクト (Sonagachi Project) を展開しています。このプロジェクトは、セックスワーカー自身がピア・エデュケーターとなって、行動変容コミュニケーション、コンドームの使用、STDの治療やその他健康問題に取り組むというものですが、特徴的なのは、このプロジェクトの形成段階から、セックスワーカー自身が参加したということです。このプロジェクトでは、セックスワークをはっきりと正当な職業として位置づけており、セックスワークに関わることで自分を抑制したり、代替的な職業に向けた授産事業などは展開していません。

ナイジェリアの首都アブジャおよび北部の都市カノでセックスワーカーのHIV/AIDS予防啓発事業に取り組むNGO「女性の保健・教育・開発」(WHED: Women's health, Education and Development)も、アブジャ周辺の7つのスラム街のセックスワーカーのコミュニティで、「トレーナーの訓練」(training of trainers)によるピア・エデュケーターの養成を通じて、セックスワーカーのセクシュアル・ヘルス/ライツの意識向上を図るNGOです。このNGOも、当事者の参加を促進し、当事者が持っている知識や技法を取り入れてセクシュアル・ヘルス/ライツの意識を向上させることを掲げています。

こうしたセックスワーカー当事者を中心とする/参加を保障するNGOの活動は、単にHIV/STI予防啓発には留まりません。セックスワーカーの保健やHIV/STI予防を組んでいる要因の多くが、社会の差別・

スティグマや法的規制にあることを知っているからです。これらのNGOは、その国の政治文化のあり方に即した形でセックスワーカーの労働者としての権利の確立や法的規制の撤廃、差別やスティグマの克服に向けた記録化やアドボカシーの活動を展開しています。

セックスワーカーの中でも周縁化された存在として、トランスジェンダーや地域の伝統的アイデンティティに規定されたセクシュアリティ(フィリピンのバクラやインドのヒジュラなどに代表される)、また、ゲイ・MSMの(もしくはゲイ・MSMを対象とする異性愛者男性の)セックスワーカーの存在も忘れる訳にはいきません。これらのセックスワーカーについては、ゲイ・MSMの当事者NGOによる予防啓発活動が行われています。また、先に触れたDMSCを始め、インドの大きなセックスワーカーのフォーラムや組織(collective)は、こうしたセックスワーカーで作る支部を持っており、ゲイ・MSMのNGOと連携して活動を展開しています。

先進国の開発NGOがセックスワーカーを対象とするプロジェクトを行う場合には、こうした地元の団体が存在しているかどうかを調べ、こうした団体との連携のもとに、資金援助やHIV/STIに関する技術協力などの活動を行うことが考えられます。存在していない場合、一からプロジェクト形成を行うのは困難な部分もありますが、セックスワーカーに受容的な女性のNGOなどと連携しつつ、プロジェクト形成の段階から当事者の参加を保障し、当事者が持っている文化的な側面を重視しながら、

セクシュアル・ヘルス/ライツの啓発・教育などの事業の実現可能性を探るといった方法があり得ます。いずれにせよ、各国で先行的に実施されている様々なセックスワーカー当事者の参画する事業の実例から学ぶ姿勢が大切です。

3. 薬物使用者に関わる HIV/AIDS 対策

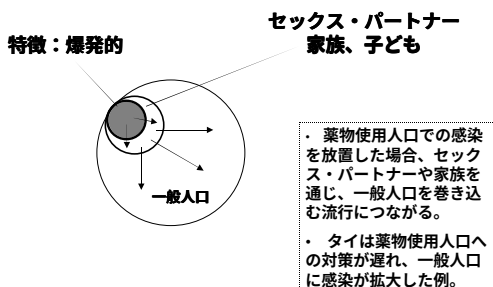
～ハーム・リダクションってなに？～

(1) 薬物とともに生きる社会と HIV/AIDS

現在、薬物使用人口は、世界 130 カ国で 1,500 万人に上ると推計されています。近年、不安定な世界情勢への反動として、非合法薬物の取締りが強化されていますが、薬物使用人口は拡大していると言われており、特にアジア地域は生産・消費ともに世界の中心地となっています。人類の歴史を見ても、薬物使用が根絶されたことは未だありません。薬物生産・流通・市場は、非常に複雑に、刻々と変化しながら展開しており、中長期的な視野での取り組みが必要です。

しかし問題は、HIV 感染はどんどん被害を拡大してしまうということです。薬物使用、特に静脈注射による薬物使用は、最も効率的に HIV 感染を拡大する方法で、

薬物使用人口での HIV 感染拡大



実際に中国、タイ、ミャンマー、マレーシア、インドネシア、イラン、ベトナム、東北インドの各国・地域では、薬物使用者の間で爆発的な HIV 感染拡大が起きました。これまでの事例では、薬物使用者の中で最初の感染者が確認されてから、わずか6ヶ月～1年の間に、薬物使用者の60～90%が HIV に感染しています。例えばタイでは、1984年に最初のエイズ患者が報告されて以来ほとんど広がることのなかった HIV 感染が、1987年後半に薬物使用者の間に感染が始まった途端、わずか18ヶ月の間に、バンコク市内数千人の薬物使用者の半数あまりに HIV 感染が拡大してしまいました。こうした感染の拡大は、彼らのセックス・パートナーや子どもを通じて一般人口に広がり疫学でいうところの「広範流行期」を形成するようになります。例えば米国では、女性の HIV 感染者の半数以上は、本人またはセックス・パートナーが薬物使用者です。また、静脈注射以外の薬物使用も、HIV 感染予防対策をとらない、リスクの高い性行為につながりやすいとされています。

薬物使用者を対象とした実効的な HIV/AIDS 予防対策が、薬物使用者だけでなく、全人口への HIV 感染拡大を予防するための緊急の課題となっているのです。

(2) ハーム・リダクション ～現実的なアプローチ～

HIV/AIDS時代における薬物対策の実効性のあるアプローチとして各国で徐々に導入されているのが、「ハーム・リダクション・アプローチ」(Harm Reduction Approach)です。「ハーム・リダクション」

とは、「被害(harm)を軽減する(reduction)」こと。つまり、薬物使用の是非を問うたり、薬物使用の脱却を唯一の目的とするのではなく、HIV感染など薬物使用に伴って起こりうる「被害」に着目し、これを最小限にすることを目的とする、という考え方です。

これはしばしば自動車のシートベルト着用義務化に例えられます。シートベルトには事故発生そのものを防ぐことはできませんが、着用により事故による死亡率や怪我人を減らすことはできます。シートベルトを義務化することと、飲酒運転やスピード違反を取り締まることや、その他の対策を取ることは両立します。シートベルトの義務化は、現実には日々起こっている交通事故の被害を軽減しようとするものです。

薬物使用における「ハーム・リダクション」の考え方もこれと同様で、薬物使用の予防教育、薬物治療、薬物取引に関する法規制などの薬物対策と相反するものではありません。また、シートベルトがスピード違反を奨励も禁止もしないように、ハーム・リダクションも薬物使用を奨励も禁止もしません。薬物使用によって起こる HIV 感染などの被害を減らすための、極めて現実的・実践的な考え方なのです。

ここで確認しておきたいことは、薬物依存とは脳に障害を引き起こしている慢性的な病気の状態であり、個人の精神力の問題ではないということです。処罰の対象としてのみ語られがちな薬物使用ですが、薬物の取引に関わる組織や個人と、薬物を使用する末端の個人とを分けて考え、薬物使用者には、薬物依存という慢性病に対する支援が必要であると、発想を転換することが不可欠です。国連が薬物使用と HIV/

AIDSに対する考え方を示した文書(2000年)でも、治療の数倍のコストがかかる「法的処罰のみで解決できるものではない」と、
「HIV/AIDS対策を成功させるには、ターゲット・グループの人権を守ることが必須」と言明しているのです。

では、ここでハーム・リダクションの特徴的なコンセプトを見てみましょう。

1. 短期的な目標を定める…薬物使用からの脱却といった大目標ではなく、HIV感染予防など、個人・家族・地域への被害軽減につながる日々の実践を目標とします。

2. 個々人の状況に合った目標達成を支援する…単一・同一の目標を全ての薬物使用者に要求するのではなく、注射用具の洗浄によるHIV感染予防の実施～薬物使用脱却まで、当事者各自に可能で被害軽減につながる取り組みを広く支援します。

3. 当事者が参加する…薬物使用者自身が参加することで、当事者のアクセス向上につながり、HIV感染予防を含む教育効果が高まります。また、薬物使用のみに注目するのではなく、使用者個々人の状況や環境を包括的に捉えやすくなり、使用者側の受容性も高まります。

(3) ハーム・リダクションのプログラム事例

上記のコンセプトを実現するプログラムは、全てハーム・リダクション・プログラムと考えることができます。以下に、代表的なプログラムをまとめました。

A. 教育・情報提供プログラム

薬物使用者に対するHIV感染予防対策として不可欠なのが、安全な静脈注射(safe injecting)の方法の教育です。HIV感染は薬物自体や薬物使用によってではなく、静脈注射の器具を共有することによ

って起こるからです。これに加え、感染症予防を含む健康教育や、利用可能なサービスに関する情報提供があります。

B. 注射用具の交換プログラム(NSP)、関連プログラム

静脈注射薬物使用者がHIV感染予防行動を実践するためには、殺菌消毒済みの薬物注射用具が入手可能であることが必要です。「注射針・注射器交換プログラム」(Needle and Syringe Exchange Program: NSP)は、ハーム・リダクションの代名詞とも言える典型的なHIV感染予防プログラムです。薬物使用者は、使用済み注射針・注射器を持参し、殺菌消毒済み注射針・注射器と無料交換します。この交換場所は、教育・情報提供やコンドームの配布場所にもなります。NSPを認めていない国で注射用具の対面販売を認めている国がありますが、厳しい経済状況や社会的差別を受ける薬物使用者には十分なサービスとは言えません。

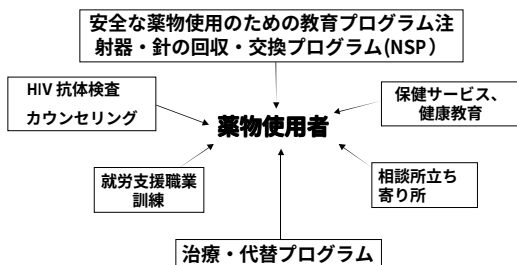
C. 治療・代替プログラム

薬物使用脱却を目的とする一般的な薬物治療に対し、ハーム・リダクション・アプローチでは、有害性の少ない別の薬物使用に移行することにより効果的に薬物使用による体への負担を軽減する「薬物代替プログラム」(drug substitution program)を研究・開発しています。現在、最も研究が進んでいるのが、ヘロイン中毒を軽減する「メタドン維持プログラム」(methadone maintenance program)です。

D. 保健サービスの提供

社会的な差別・偏見によって公的保健サービスを受けにくい状況に置かれがちな薬物使用者にとって、人間としての基本

- ・ 薬物使用者が、社会において生産性のある生活を送れるよう、保健・社会的支援をおこなう。



的ニーズを満たす保健サービスの提供は大変意味があります。劣悪な健康状態の改善に加え、薬物使用者の健康に対する意識を高めることで、HIV予防の実践や薬物治療プログラムへの導入窓口ともなります。

E. カウンセリング・抗体検査

薬物使用者に対するHIV抗体検査前後のカウンセリングには、HIV感染予防教育、感染者に対する精神的・物理的なサポートに関する情報提供、そして他者へのHIV感染予防という目的があります。こうしたカウンセリングにおいては、薬物使用者の実態に即した内容・メッセージを準備することが重要です。

(4) ハーム・リダクション・プログラムの提供

ハーム・リダクション・プログラムの実践においては、薬物使用者の持つ社会的・心理的な不安や障害要因を考慮して、プログラム提供のあり方を考えることが求められます。具体的には、①内容は薬物使用者特有の問題をよく理解したものであり、できれば「peer(=現／前・薬物使用者)」が関わっていること、②薬物使用者が安心して行ける便利な場所にプログラムを展開

すること、支援側が薬物使用者のいる場所に足を運ぶこと、そして、③プライバシーが守られるように配慮すること、が肝要です。例えば、ハーム・リダクション連合(米国ニューヨーク市)の「注射器・針交換プログラム」は、常設の交換所(週6日)に加え、街頭で同サービスを提供するアウトリーチを週2回実施し、サービス向上を図っています。街頭では看板などは出さず、薬物使用者が多い地域の公園などでチ

ラシを配り、目立たない通りで数時間待機します。

(5) オーストラリアの事例

ハーム・リダクション・アプローチを早くから導入し、薬物使用者の間でのHIV感染爆発を回避したのがオーストラリアです。ヘロイン静脈注射が流行していたオーストラリアは、薬物使用者の間で感染が拡大していた米国の例を参考に、早くから国を挙げて、薬物使用者コミュニティへの教育・啓発活動、ピア教育、注射器・針の配布・廃棄プログラム、積極的な治療・代替プログラムへの勧誘などに取り組むことで、薬物使用者のHIV感染率は現在も2%未満に抑えられています。タイの薬物使用者のHIV感染率54%(2000年)などと比べると、非常に低いことがわかります。また上記紹介した米国ニューヨーク市では、1993年に50%に達した薬物使用者の間でのHIV感染率が、NSPの導入により2000年には30%前後に低下しています。

(6)最後に:「姿勢」としてのハーム・リダクション

法や倫理、個人の精神力の問題として扱われやすい薬物使用のプログラム提供者は、薬物使用者に対し、自分の良かれと思う目標を意識・無意識的に押し付ける「指導者」や「強要者」に陥りがちです。しかし、薬物依存は病気であり、「指導」や「精神修養」ではなく「支援」を必要としています。これゆえ、ハーム・リダクション・アプローチでは「～べき／べからず」集ではなく、支援者が薬物使用者の立場に立ち、薬物使用を含めた相手の人生や生き様を尊重しながら必要とされるサービスを考え、薬物を使用する当事者にとって最も便利なかたちそのサービスを提供します。これが薬物使用者自身の健康意識を高め、結果的に薬物使用による被害を軽減することを目指しています。ハーム・リダクション・アプローチを実践する現場においては、この原則が良く理解される必要があります。このことが、薬物使用者の間でのプログラムに対する信頼を高め、その結果、効果的なプログラムを実施するための近道となるからです。

この点で、ハーム・リダクション・アプローチは薬物使用者だけでなく、あらゆるヴァルネラブル・グループに対するプログラムの開発・実践に役立つ考え方です。

4.ゲイ・MSM・性的マイノリティに関わるHIV/AIDS対策

(1)ゲイ・MSMおよび性的マイノリティとHIV/AIDS

第2部の最初で触れたように、ゲイおよびMSM(男性とセックスをする男性:men who have sex with men)は、1980年代にHIV/AIDS問題が世界に登場して以来、この問題と強く関連づけられて存在してきました。1980年代から1990年代にかけて、アメリカ合衆国を中心に、先進国の市民社会では、HIV/AIDSをめぐって、文化的な活動からアドボカシー、政策提言、直接行動まで、多様な活動が展開されましたが、このかなりの部分をゲイ・アクティヴィズムが担っています。また、欧米では、HIV/AIDSに関する研究や途上国への貢献などの分野に関しても、レズビアンやゲイの活動家、研究者、専門家が多く進出しています。

日本でも、HIV/AIDSに関わる活動が全体的に低調な中で、各地のゲイ・コミュニティにおいては予防啓発・ケア・文化活動にいたるまで多くの活動が営まれています。ゲイ・MSMのHIV感染者数の増加は増え続けていますが、HIV/AIDSに関わる活動や情報の流通度という点では、ゲイ・コミュニティは日本で最もHIV/AIDSへの対応準備度の高いコミュニティであるといえます。

問題は、本来HIV/AIDSに関する活動を行う上で重要な、ゲイ・MSMや性的マイノリティに関する知識が、途上国への援助を

行う日本の国際NGOの中では必ずしも共有されていないことです。

まず、ゲイ・MSMおよび性的マイノリティに関する基本的な説明をします。

「性」という場合、日本では、生物学的性およびジェンダー(社会的性役割)のみに焦点が当たることが多いのですが、より詳細に検討した場合、これ以外に、大まかに言ってあと二つの要素を考えに入れる必要があります。その要素とは、性自認(ジェンダー・アイデンティティ)および性的指向(セクシュアル・オリエンテーション)です。

性的指向とは、自分がどの生物学的性に属する人を性的意識の対象とするか、ということの意味します。異性に性的意識が向く人を異性愛者(heterosexual)、同性に性的意識が向く人を同性愛者(homosexual)、両方に性的意識が向く人を両性愛者(bisexual)といいます。同性愛者については、男性をゲイ(gay)、女性をレズビアン(lesbian)というのが一般的です。

一方、性自認とは、自分の性に関する自己認識のことです。これが自分の生物学的性と異なる場合、ケースによって「性同一

性障害」(GID: gender identity disorder)となります。また、自分の生物学的性に対して違和感を覚える人々を「自己の性別に不快感を伴う人々」(GD: gender dysphoria)と言います。生物学的性と性自認の差異は人によって様々で、こうした人々を一概にGIDもしくはGDと決めつけることはできません。また、GID/GDに関しては、社会によって様々な位置付けやアイデンティティが形成されています。当事者運動や社会運動の文脈では、GID/GDという用語は余り使われず、こうした人々はトランスセクシュアル・トランスジェンダー(transsexual/transgender, TS/TG)と呼ばれるのが一般的です。

ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル、トランスジェンダー、トランスセクシュアルに加え、「一般の」男性・女性と違う身体的・染色体的な特徴をもつ人々をインターセックス(intersex)と呼びます。性的なマジョリティである男性・女性の異性愛者に対比して、これらの人々を「性的マイノリティ」と呼ぶことがあります。ここで注意しなければならないのは、「性的マイノリティ」にくくられていても、それぞれのグ

性の4つの要素と性的マイノリティ

生物学的 biological sex

男性・女性・インターセックス

性自認 genderidentity

性別への違和感がない人々
性別への違和感がある人々(GD)
性同一性障害の当事者(GID)
※トランスジェンダー・トランスセクシャルの方が一般的に使われる(GID)。

社会的性役割 gender/social sex role

性的指向 sexual orientation

異性愛者(heterosexuals)
同性愛者(homosexuals)
両性愛者(bisexuals)
※男性の同性愛者をgay、女性の同性愛者をlesbianという。

ループが抱える問題や利害状況は異なっているということです。よく、ゲイとトランスジェンダー・トランスセクシュアルを混同する人がいますが、これは大きな誤りです。

海外では、「性的マイノリティ」という言葉はあまり使われず、レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダー・インターセックスの頭文字をとって「LGBTI」、または、自分の性的アイデンティティに疑問を持っている人（Questioning）を加えて「LGBTQ」と称されるのが通常です。

（２）途上国におけるゲイ・MSM・性的マイノリティとHIV/AIDS

先進国ではHIV/AIDSとゲイ・MSMの結びつきは強いが、途上国ではHIV感染は主に異性間性的接触と注射による薬物摂取によるものが中心であり、ゲイ・MSMの比重は大きくはない…途上国の援助に関わる日本の国際NGOには、こういった認識が根強く存在しています。しかし、とくに南・東南アジア地域および中南米においては、こうした認識は大きな誤りです。

中南米地域は、国によって差はあるものの、基本的にレズビアン・ゲイの解放運動がおもに左派の政治潮流と重なりながら強力なセクターとして存在しています。

一方、南・東南アジア地域では、1990年代半ば以降、HIV/AIDSへの取り組みの拡大と並行して、ゲイ・MSMの組織化が大きく進展しました。

マレーシアでは、1980年代末にゲイのピ

ア・サポート・グループとして結成された「ピンク・トライアングル」(Pink Triangle)が、1990年代初頭にクアラ・ Lumpurの周縁化されたコミュニティのHIV/AIDS対策を一手に担うエイズ・サービスNGOとして成長し、ゲイ・MSMを組織化し、ドラッグ・ユーザーやセックスワーカー、トランスジェンダーの人々のためのドロップ・イン・センターを経営して、マレーシアのHIV/AIDS対策の一つの柱を担っています。

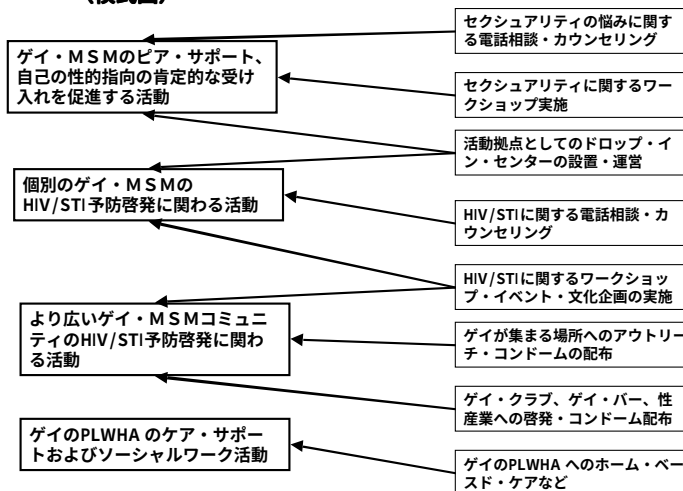
フィリピンのマニラ首都圏では、ゲイのNGO「ライブラリー・ファウンデーション」(Library Foundation)が、ゲイ・コミュニティにおけるHIV/AIDSに関わるワークショップやアウトリーチ活動を担っています。また、複数のレズビアンの活動家グループが、女性運動の文脈の中で、セックスワークに従事している女性や移民先からの帰国女性の支援や、子どもの権利とHIV/AIDSに関する活動を展開しています。

アジアでのゲイ・MSMのHIV/AIDS問題に取り組む場合に注意を必要とするのが、性的指向・性的アイデンティティ (sexual identity)の問題です。

途上国の社会は、貧富の差や民族・言語の違い、都市と農村の格差など、先進国以上に「断裂社会」化が進んでいます。また、伝統的な社会のあり方も農村地域を中心に残っています。性に対するタブーも強いのが普通です。途上国における性的アイデンティティは、こうした断裂線に沿って、先進国よりも複雑な形で構成されているのが普通です。

先進国では、同性愛者のうち、一定の割

「ピンク・トライアングル」のゲイ・MSM に対する活動 (模式図)



ティのNGO「GALEBITRA」は、青少年のゲイを中心とする性的マイノリティのピア・サポート活動を展開しています。このNGOは、HIV/STI予防啓発のプロジェクト形成を目指して、ナイロビ大学と提携してナイロビ周辺の

ばならないわけです。インドの各都市でゲイ・MSMのHIV/STI予防啓発グループの組織化や活動を展開しているナズ財団(Naz Foundation)は、1990年代半ば以降、MSM概念の重要性に着目し、インドの各地域における性的アイデンティティの多様性の分析と、それにあった啓発方法の開発を行っています。

(3)ゲイ・MSMに関わるHIV/AIDS 対策

サハラ以南アフリカでは、東南・南アジアや中南米よりも、ゲイ・MSMの顕在化は進んでいません。しかし、この地域でもHIV/AIDSの関連の中でゲイ・MSMの組織化や活動は徐々に進展してきています。

ケニアのナイロビにある性的マイノリ

ティの性行動に関するベースライン調査を行っています。

ナイジェリア南西部のイバダンにあるゲイ・MSMのNGO「Alliance Rights Nigeria」は、同地域のゲイ・MSMのピア関係に基づくHIV/AIDSの予防啓発キャンペーンを開始しました。ガーナでも同様の動きが起きつつあります。これらゲイ・MSMのNGOと、各国のPLWHAのNGOやエイズ・サービス組織の連携も徐々に始まりつつあります。また、一部の国際機関やドナー機関による財政的・技術的支援も始まっています。

途上国のゲイ・MSMに関わるHIV/AIDS対策として、どのような活動があるのでしょうか。

トライアングル・プロジェクトは、南アフリカ・ケープタウンとその郊外の旧黒人居住区でゲイ・MSM向けの活動を展開し

ています。トライアングル・プロジェクトが柱としているのは、ケープタウン郊外の旧黒人居住区カイエリチャ(Khayelitsha)等でのレズビアン・ゲイの青少年のグループ作りと、グループに対するSTI/HIVの啓発、およびVCTセンターの運営です。

サハラ以南アフリカでは、男性主流社会はマチスモ(男性優位主義)的傾向が強く、ゲイへの差別・偏見が強力に存在します。トライアングル・プロジェクトでは、学校教師などとも協力し、守秘義務を守りながら、ゲイの青少年同士が集まったり、悩みを相談できる場を定期的に設けています。また、こうした場を活用して、コサ語、ソト語、ズールー語など、各民族語で作成した同性愛者向けのSTI/HIV予防リーフレットを配布したり、STI/HIV予防のためのワークショップを持つことによって意識を啓発しています。VCTセンターはケープタウン市内にあります。旧黒人居住区でのこうした活動と連携して、HIV検査の機会を提供しています。

東南アジアなどの大都市では、ゲイ・MSMのNGOのHIV/STI予防活動はより大規模に展開されています。先に紹介したクアラ・ランプールのエイズ・サービスNGO「ピンクトライアングル」のゲイ・MSMグループは、概ね、以下のような活動をしています。

○ゲイ・MSMのためのドロップ・イン・センターの設置・運営

○ゲイ・MSMのための電話相談(HIV/STI相談含む)の運営

○ドロップ・イン・センターを活用したワークショップや文化的イベントの開催

○ゲイ・クラブ、ゲイ・バー、ゲイ・セックス産業へのアウトリーチ活動(コンドームや啓発リーフレットをおくように経営者を説得する、実際にコンドームやパンフレットを各施設等に配給する等)

○ゲイ・MSMが集まる場所(特定の公園など)へのアウトリーチ活動(コンドームの配布など)

○PLWHAのグループと連携して、ゲイ・MSMのPLWHAのケア・サポートを行う

(4)先進国の国際NGOによるプロジェクトとの関わり

ゲイ・MSMに関わるこうした具体的なプロジェクトについては、展開可能な場所ではそれぞれの地域のローカルな当事者NGOがすでに実施しています。また、先進国の国際NGOが途上国のゲイ・MSMを対象に初めからプロジェクトを形成することは困難で、また適切なことでもありません。そういう意味では、例えば日本のNGOが途上国で直接こうした仕事を手がけるということは、現実問題としてはあまり考えられません。むしろ、専門家として各国のHIV/AIDS対策の戦略の立案に関わるとか、特定の地域でHIV/AIDS活動に取り組むNGOの資金的支援を行う、もしくは、例えばセックスワーカーやドラッグ・ユーザーに関わるHIV/AIDS関連事業や、PLWHAのケア・サポートなど、異なった分野のHIV/AIDS活動を展開する中で、ゲイ・MSMのグループとも連携する、といったところで関わりを持つ可能性の方が多いだろうと思います。

そうした場合に押さえるべきポイントをまとめると、以下のようなものになるだ

ろうと思います。

○アジア・アフリカ・ラテンアメリカなどの途上国においても、先進国とはまた異なった文脈で、ゲイ・MSMにおけるHIV/AIDS問題は無視し得ないものとして存在し、また、それに対する当事者組織やエイズ・サービスNGOによる活動も存在していること。

○先進国と社会構造が大きく違う多くの途上国では、先進国と違った形で性的アイデンティティが形成されており、ゲイ・MSMの当事者NGOは、こうした性的アイデンティティの違いに対応してHIV予防啓発・行動変容コミュニケーションの活動を展開していること。

付け加えて、男性から女性へのトランスジェンダー・トランスセクシュアル、また、女性的なタイプのゲイ・MSMの人々は、男性優位社会における迫害にさらされ、就職口などを閉ざされた結果、ショービジネスやセックスワークの仕事に従事している場合が多くあります。とくに東南・南アジアや中東地域においてセックスワークとHIV/AIDSに関する活動を展開する場合には、女性のセックスワーカーだけでなく、こうした性的マイノリティのセックスワーカーの存在を念頭に置いて、プロジェクトを検討する必要があります。

5.残された課題：男性 ～問題克服のカギ～

(1)HIV/AIDS と「男性問題」

2000年の世界エイズデーのスローガンは「men make a difference」(男性が違いを作る)でした。また、2000年～2001年には、HIV/AIDSに関わる男性の役割について焦点化する2年間のキャンペーンも行われました。

「男性」がこのような形で焦点化された理由は、おおよそ以下の通りです。

○生物学的に見れば1回のセックスでHIVに感染する確率は女性の方が高いにもかかわらず、サハラ以南アフリカを除く多くの地域で、男性のHIV感染の割合が女性よりも多くなっています。

○社会におけるHIVの感染拡大の多くの要因を、男性が作っています。これには、多くの社会で見られる「男らしさ」を強調する文化や社会制度、また、長期間の出稼ぎや長距離輸送など、男性の労働形態が強く影響しています。

○HIV/AIDSに関わる市民社会の活動において、男性(とくに異性愛者の男性)の参加が十分に見られず、また、保健医療や社会保障へのアクセスについても、男性の方が消極的です。

こうした要因により、男性は全体としてHIV/AIDSへの対応準備度が低い状態が

続き、また、HIV感染の拡大を促進する役割を果たし続けています。こうした状況をどう変えていくか……2000年の世界エイズデーを皮切りに、HIV/AIDS対策の中でも「男性」を焦点化する動きが一つの流れとして出てきましたが、まだまだ試行錯誤は続いています。

(2)「男性」のどこに焦点を当てるか

「men make a difference」のスローガンのもとに始められた、男性とHIV/AIDSに関わるキャンペーンの多くは、「男らしさ」(masculinity)を強調する文化の是正や、「ジェンダー不平等」に対する取り組みを射程に入れたものでした。

もちろん、男性がHIV/AIDSに関して脆弱になっている要因の多くは、「男らしさ」を強調する社会・文化に求められます。

例えば、「男らしさ」の1つの指標が「セックスに対してタフであること」に設定されれば、男性の間には、「より早い段階で」(異性愛男性の場合)「より多くの女性と」「できるだけ頻繁に」かつ「できるだけ刺激的な」セックスをすることが「男らし

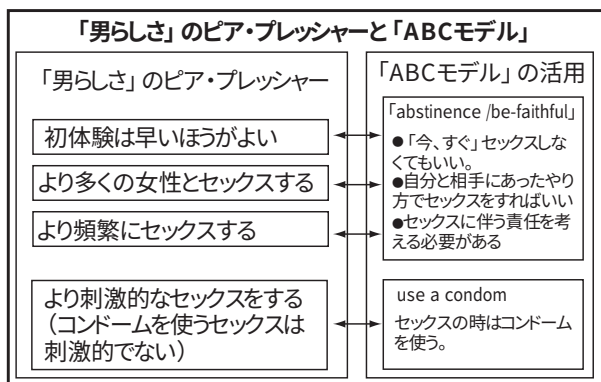
い」というモデルができあがり、こうしたモデルに一元的に向かうピア・プレッシャーがかかるようになります。コンドームの使用などは、こうしたモデルとは逆のベクトルを持っていますので、当然、排除され、ハイリスクな行動が文化的に推奨されるようになります。

「男らしさ」は、より一般化すれば「強いこと」「タフであること」に求められます。病気になって人の世話になったり、悩みを人に打ち明けたりすることは、この価値観とは逆行します。ですから、この価値観にとらわれると、抱えている問題が表面化しにくくなり、したがって対処も遅れるということになります。

一方、全ての男性がいつでも「男らしく」振る舞えるわけではありません。しかし、「男らしさ」の価値観はほとんど全ての男性を束縛していますから、男らしく振る舞えない経験をした男性は、精神的な挫折を味わい、これがアルコール・薬物などへの依存や精神疾患に結びつくことになります。

「男らしさ」に関連して男性に働くこうした社会的・文化的な影響は、すべてHIV/AIDSの問題を拡大する方向性を持っています。「men make a difference」というスローガンを掲げて「何をしなければならないか」を問うたとき、「男らしさ」の問題がまず焦点化されたのは当然です。

問題は、こうした「男らしさ」の価値観を変えるというときに、具体的にどのような



具体的にどのような実践を行っていくかということです。また「男性」というカテゴリーは、ターゲット・グループとして設定してアプローチするには、あまりにも茫漠としすぎています。

ケニアのナイロビで活動する「ケニア・エイズに取り組む男性の運動」(MMAAK: Movement of Men against AIDS in Kenya)は、正面から「男性としてHIV/AIDS問題に取り組む」ことを掲げているグループです。MMAAKはナイロビに男性向けのドロップ・イン・センターを設け、カウンセリング・サービス、コンドームの普及、HIV/AIDSにかかわる情報の流通、HIV/AIDSに取り組む男性のリーダーシップの確立などを目的に活動しています。正面から男性を対象とするMMAAKの活動がコミュニティレベルである程度の成功をみているのは、HIV/AIDSの感染が広範に拡大したケニアにおいては、男性のPLWHAが集まり、治療へのアクセスや治療リテラシーを始めとした活動に取り組んでいくための独自のニーズが存在するからです。

予防・啓発ということ言えば、ウガンダでの予防啓発の一定の成功を踏まえて定式化された「ABCモデル」(abstinence, be-faithful, use a condom)は、もともと保守的な予防啓発モデルです。しかし、このモデルは一方で、コンドームの使用をはっきりと優先順位の一つとして組み入れています。また、「abstinence」および「be-faithful」は、メッセージの使い方によっては、「性的なタフさ」を強調する「男らしさ」モデルのピア・プレッシャーを軽減するメッセージとして使うことが可能ですし、これらが内包する「社会的責任」という

メッセージを、「男らしさ」の枠の中で「性的なタフさ」に対するオルタナティブな価値規範として打ち出すことも可能です。この点で、「ABCモデル」は、うまく活用すれば、異性愛者男性の予防啓発や行動変容に効果的なものとなる可能性があります。

(3)長距離トラック・ドライバーに対するプロジェクト

「男性」をターゲットにしたHIV/AIDS対策で重要なのは、一般的な「男性」というカテゴリーから離れて、具体的にアプローチ可能なターゲット・グループを設定することです。この点で、途上国を中心に以前から展開され、特に最近注目されているのが、長距離トラック・ドライバー(long distance truck drivers: LDD)への予防啓発プロジェクトです。

長距離トラック・ドライバーは、長期間にわたって家庭を離れ、単身で行う仕事です。街道沿いの都市や国境越えのポイントなどには、休息や宿泊のための拠点が存在し、そこはセックスワークのための場所にもなっています。こうした場所を転々と移動していく長距離トラック・ドライバーは、疫学的な観点からは「HIV感染の一般人口への入口」の一つとして注目され、HIV予防啓発・行動変容のプロジェクトの対象となってきました。

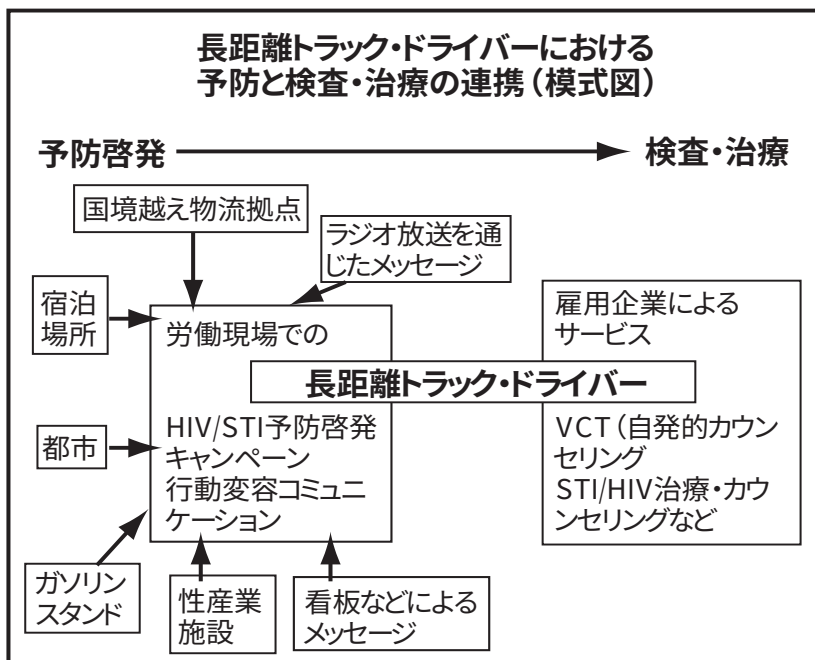
少し古い例になりますが、ジンバブウェで「ジンバブウェ運輸産業全国雇用評議会」(NECTOI: National Employment Council for the Transport Operating Industry)が1990年代中～後半に行った長距離トラック・ドライバーと関連するセックスワーカーへのHIV予防啓発プロジェ

クトは、長距離ドライバーに対する予防啓発プロジェクトとして典型的なものです。

1995年から行われたこのプロジェクトは、コミュニティを基礎とする形で展開されました。ジンバブウェの3つの主要幹線道路に沿った21箇所がプロジェクトサイトとして選ばれ、ガソリンスタンドやホテル、バーの従業員、セックスワーカーなど、長距離ドライバーが接触を持つ様々な職種の人がトレーニングを受けてコンドーム普及やHIV予防教育のピア・エデュケーターとなり、長距離ドライバーとのコミュニケーションを持ちました。また、地域の中学・高校生などがHIV予防のメッセージを含む歌や踊りを長距離ドライバーに披露するなどの文化的メッセージも盛り込

まれました。また、街道沿いにラジオ局を設置し、長距離ドライバーに対してエイズに関するメッセージを恒常的に流しました。

このプロジェクトは、当初はコンドーム使用の普及など、行動変容に一定の成果を上げましたが、年を経る毎に大きな成果が見られなくなりました。NECTOIのカレン・ムペンバ氏(Karen Mupemba)はこのプロジェクトを評価する論文の中で、ドライバーたちの行動変容を妨げる要因を二つ挙げています。一つは、ドライバーたちはHIV/AIDS以外にも、コレラやマラリアなど急性の感染症、車両強盗、内戦地帯の走行、交通事故など、様々な危険要因の中で仕事をしており、致命的ではあるが中長



期的な危険であるHIV/AIDSについて、様々な危険要因の一つとしてしか認識していないこと、もう一つは、ストレスの多い仕事の中で、国境越えなど数時間・数日の滞留を要するポイントは、飲酒、薬物使用などの場にもなっており、セックスは飲酒や薬物使用などを伴って行われているため、どうしてもハイリスクな行動が現れがちになってしまうということです。

ムペンバ氏はこの論文の中で、コミュニティを基礎にした予防啓発と連携して、雇用している企業をベースとした介入(company-based interventions)が必要であり、企業はSTI/HIVクリニックによって検査・診断やカウンセリングなどの機会を提供することを重点に置いて対策に参加することが望ましいと提言しています。

長距離ドライバーと同様に、長期間、単身で働く男性の労働者として、出稼ぎで働く鉱山労働者や、大規模建設事業などに雇用される建設労働者、季節的な雇用を受ける農園労働者などが存在します。こうした人々のHIV予防や、HIV/STIに関わるヘルス・ケアなどについては、労働現場や居住現場などのコミュニティを基礎とした働きかけと、これらの人々を雇用する企業、労働組合などが提供する働きかけが連動して行われることが有効です。

最近では、企業が被雇用者に対して予防啓発やヘルスケア、治療を含むサービスを提供するケースが増えてきました。南アフリカの鉱山を経営するアングロ・アメリカン社、デ・ビアス社、ボツワナのダイヤモンド鉱山を営むデブツワナ社(Debswana)などの企業は、従業員に抗レトロウイルス治療も含めたエイズ治療を

供給しています。世界的にも、多くの企業がHIV対策に乗り出しており、これらの企業は「世界エイズ対策企業連合」(Global Business Coalition on HIV/AIDS)というネットワークを作っています。また、労働組合の動きも盛んになっており、例えば南ア最大の労働組合である「南アフリカ労働組合連合」(COSATU: Congress of South Africa Trade Unions)は、南ア最大のPLWHAのアドボカシー組織「治療行動キャンペーン」(Treatment Action Campaign)と連携して治療へのアクセスに向けたアドボカシー運動を政府に対して大規模に展開したほか、近年では労働組合員に対するHIV予防啓発や治療リテラシー向上のキャンペーンを行っています。

「Men make a difference」=男性全体のHIV/AIDSへの対応準備度を上げていくのは、遠大な事業であるといえます。成果は見えにくいですが、企業や労働組合を始めとして、可能な場所で、その場所から見える具体的な人々にHIV予防啓発・行動変容キャンペーンを展開していくことが重要です。

第3部 HIV/AIDS対策のホットな課題

第1部・第2部では、現状におけるHIV/AIDSのプロジェクトの方法論、および対策のターゲットについて検討してきました。第3部では、大きく変化するHIV/AIDS対策の国際的な潮流、およびこの潮流変化に伴って新しくプロジェクトの課題となってきたような事項について二つ、取り上げたいと思います。1つは、途上国のHIV/AIDSに関わる本質的な課題として登場してきた「AIDS治療へのアクセス」、もう一つは、この「治療へのアクセス」に関わって問題となる「治療リテラシーの向上」についてです。

1. 困難だが直視すべき課題：「治療へのアクセス」

(1)「治療へのアクセス」問題の浮上

2000年に南アフリカ・ダーバンで開催された国際エイズ会議以降、途上国における「治療へのアクセス」の課題は、国際的なHIV/AIDS問題をめぐる最大のトピックとなりました。日本の開発援助の文脈でも、国際的趨勢の中で、最近この問題が改めて議題に上り始めています。

まず、現状のエイズ治療の状況に簡単に触れておきます。エイズに関わる治療は、大別して、日和見感染症の治療と、HIV(レトロウイルスの一種)に直接作用してその増殖を押さえる抗レトロウイルス治療(ART: anti-retroviral therapy)に分かれます。このうち、後者に関しては、88年に、抗レトロウイルス薬(ARV: Anti-Retrovirals)として、核酸系逆転写酵素阻害剤(NRTI)の一種であるジドブジン(AZT)が導入され、その後90年代に入って数種類のNRTIが開発されました。この分野の治療が大きく進歩したのが96年で、最初の非核酸系逆転写酵素阻害剤(NNRTI)としてネビラピン、プロテアーゼ阻害剤(PI)としてインディナビルが開発され、異なった種類のARV 3剤を摂取する「高活性抗レトロウイルス治療」(HAART: highly active anti-retroviral therapy)が開発されました。これにより、薬剤耐性HIVの出現とHIVの増殖を長期にわたって押さえ、AIDSの発症や進行を押さえ込むことができるようになりました。HIV/AIDSは「死の病」から「長期にわたって管理可能な慢性感染症」へと変わったのです。その後、より副作用が少なく、服薬が容易なARVの開発も進み、ARTを受

けるPLWHAの生活の質も、より向上してきています。

問題は、これらの治療薬の価格が極めて高く設定されたことです。そのため、社会保障制度の行き届いた先進国や一部の高中所得国(韓国・台湾・香港など)を除く多くの途上国で、一般のPLWHAがARTにアクセスできない状況におかれることになりました。

現在に至るまで、途上国でARTを受けることが必要な600万人のPLWHAのうち、治療を受けることができていたのは全体の5%の30万人以下で、という状況が続いています。こうした「治療へのアクセス」欠如の最大の要因とされたのが、治療薬の高価格と知的財産権保護制度の世界化の

問題です。

治療薬の開発・販売にあたっている大手の多国籍製薬企業は、知的財産権を行使して高価格を維持しました。また、米国の主導下で知的財産権保護制度が、世界貿易機構(WTO)のTRIPS協定(貿易関連知的財産権に関する協定)という形で世界化し、HIV/AIDSに関して最も厳しい被害にさらされている多くの途上国で、治療薬の自国内製造や安価な市場からの買い付け輸入(並行輸入)の道が閉ざされました。これが、「治療へのアクセス」を阻害する要因として浮かび上がったのです。

これらの問題が、とりあえずの解決に向けて大きく動き出したのが2001年です。

南アフリカでは、保健衛生上の非常事態

WTO・TRIPS協定と知財保護制度の世界化

多様な特許制度が並立	先進工業国 (南アフリカ共和国を含む)	物質特許・製法特許とも認める。特許期間は長期間
	インド・ブラジル・タイなど	公衆衛生上の公的利益のため、医薬品の物質特許は認めない等の制限あり
	後発開発途上国	特許制度が不完全もしくは存在しないなど

WTO・TRIPS協定の施行
(全加盟国に強制)

TRIPS協定: 世界一律の特許制度(物質特許・製法特許とも認め、特許期間は20年)	加盟国一般(先進工業国、南アフリカ共和国など)	WTO協定の効果発生(1995年1月1日)後1年以内に適用義務(1996年1月1日)
	開発途上国・市場経済移行国(ブラジル・タイなど)	一般加盟国に適用義務が生じる日からさらに4年間適用延長可能(2000年1月1日まで)
	開発途上国の中での物質特許の範囲を拡大する義務が生じる国(インドなど)	TRIPS協定の当該分野への適用をさらに5年間延長可能(2005年1月1日まで)
	後発開発途上国	一般加盟国の適用義務日から10年後(2006年1月1日まで) ※その後さらに10年を延長(2016年1月1日まで)

米国のプロ・パテント政策(1985～)

米国通商法スペシャル301条知的財産権保護に積極的でない国への強力なプレッシャー

米国との自由貿易協定(FTA) 締結の際に含まれる「TRIPS+」条項でTRIPS協定よりも厳しい知的財産保護条項を含む二国間協定

において、ARVを含む医薬品の自国内製造や並行輸入を認める「薬事法」の改正が1997年に行われましたが、これが「特許権の侵害」であるとして、40社におよぶ多国籍製薬企業が南アフリカ政府を提訴、米国クリントン政権も南アフリカを通商法スペシャル301条の優先監視国に指定して圧力を加えました。しかし、HIV/AIDSで最大の被害を受けている南アに対するこうした圧力は不当である、という形で、米国・南アを始め多くの国で、米国の知的財産保護政策や多国籍製薬企業に対する市民社会の批判が展開され、最終的にこの年、製薬企業は南ア政府への訴訟を取り下げました(南ア薬事法裁判)。

一方、HIV/AIDS対策において、治療とケア・サポートを重視して取り組んだブラジルとタイが、他の途上国に比較して大きな成果を上げ、「途上国におけるHIV/AIDS対策のモデル国」として浮上してきたことは、途上国における「治療へのアクセス」の重点化に向けた大きな呼び水となりました。両国とも、特許法上合法的に自国で製造できるARVを製造することにより、自国に居住するPLWHAの広範な「治療へのアクセス」を実現したのです。ブラジル・タイにならって他の途上国でも「治療へのアクセス」を、という意見が、PLWHAのグループを始めとして、途上国でも先進国でも大きく主張されるようになりました。

こうした流れの中で、アフリカ諸国など、治療薬の製造能力が乏しい国への「治療へのアクセス」拡大の原動力となったのが、インドのジェネリック薬製造メーカーです。インドはTRIPS協定の遵守を2004年

末まで免除されています。シプラ社(Cipla)を筆頭に、インドの大手ジェネリック薬製造メーカーは2001年以降、次々にARV製造・輸出に参入しました。その結果、アフリカにおいても、一番安い多剤併用療法のセット(d4T, 3TC, ネビラピン)が年間300ドル以下で入手可能となりました。さらに、途上国におけるARV、および必須医薬品へのアクセスの拡大を求める国際的な市民社会の運動の拡大の中、WTOは2001年のドーハ閣僚会議で、「知的財産権保護制度は加盟国の保健医療に関する措置を妨げない」と明記した「ドーハ特別宣言」を採択。途上国における「治療へのアクセス」拡大の流れは世界貿易のルールからも一定の認知を受けることになりました。

日本では、こうした国際的な市民社会の運動の影響があまりありませんでした。そのため、開発援助業界でも、「最近、途上国ではARVの価格が下がった」ので「治療へのアクセス」が語られるようになった、というような、ある種外在的な語られ方を多く耳にします。しかし、ARVの価格は自然に低下したのではなく、「治療へのアクセス」を求めるPLWHAや国際的な市民社会のアドボカシーと、貿易や知的財産権保護制度とのせめぎ合いの結果としてもたらされたものです。市民社会の立場から、保健分野の開発援助に関わる上では、こうしたアドボカシーの側面にもより大きな注意を払う必要があります。

(2) 途上国における「治療へのアクセス」の進展

2001年以降の一部のARVの価格低下により、途上国においても「治療へのアクセス」の拡大が実現してきています。

「治療へのアクセス」が最も効果をあげたのがブラジルです。ブラジルでは、1996年の多剤併用療法の開発後すぐに、PLWHAが「治療へのアクセス」を求める訴訟を起こして勝訴、政府は間髪を入れずに、ブラジルに居住するPLWHAへの多剤併用療法の無償供与を政策として実現します。その結果、現状で12万人前後のPLWHAのARVアクセスを実現しました。当初はARVの購入費用で財政的に立ち行かなくなるとの見方も根強くありました

が、ARVの導入により多くの感染者が健康を維持し入院治療費が大幅に削減できたことで次第に財政的にも好転していきました。新規感染数を世界銀行予測の半分に押さえることにも成功しました。治療の導入によりエイズに関わる差別・スティグマが減ったこと、治療とケア・サポートの重点化により人々の検査へのモチベーションが上がったことなどが成功の原因とされています。

タイでも、特許法上合法的に製造できるARVの自国内製造によって安価にARVを国民に供給できるようになり、現在、ARVの無料提供プログラムを含め、約2万人の「治療へのアクセス」が実現しています。

タイの実例をモデルとして、他の東南ア

途上国でのエイズ治療拡大の経緯

- 一九九五年〓WTO協定発効(二月一日)
- 一九九六年〓HAART療法(多剤併用療法)バンクーバー国際エイズ会議
- 一九九六年〓ブラジル 抗エイズ薬無料配付制作導入↓国内製造等で治療薬の価格定価実現
- 一九九八年〓南ア・エイズ裁判(新薬事法を特許法違反として製薬企業が提訴)
- 二〇〇〇年〓南ア・ターバ/国際エイズ会議↓途上国の「治療へのアクセス」が主題に
- 二〇〇〇年〓沖縄G8サミット〓感染症対策の国際枠組みの必要性が先進国の課題に
- 二〇〇一年〓OAUアブジャサミット〓アナン国連事務総長が世界基金構想を発表
- 二〇〇一年〓国連エイズ特別総会〓国家の政治コミットメントが強調される
- 二〇〇一年〓南ア・エイズ裁判で国際的非難の中、製薬企業らが訴訟取り下げ
- 二〇〇一年〓WTOドーハ閣僚会議で特別宣言(治療薬の価格問題)
- 二〇〇二年〓世界エイズ結核・マラリア対策基金が発足
- 二〇〇二年〓バルセロナ・国際エイズ会議で抗エイズ薬に関する国際目標設定(3×5)
- 二〇〇二年〓タイd-dr裁判でプリストル・マイヤース・スキップ社BMSが敗訴(審)
- 二〇〇三年〓米国ブッシュ大統領がアフリカ・カリブ生み14ヶ国に五〇億ドルのエイズ対策支援を表明(一般教書演説)
- 二〇〇三年〓ドハ特別宣言第八項問題が決着、NGOの多くは不十分として批判
- 二〇〇三年〓南アフリカ共和国政府が抗レトロウイルス治療(ARV)の公的医療導入方針を発表
- 二〇〇四年〓BMS、改良d-drの特許権放棄でタイの患者・感染者組織と和解
- 二〇〇五年〓インドの医薬品物質特許に関するTRIPSの協定免除期間が満期に(二月一日)

ジア諸国も「治療へのアクセス」保障に向けて動き出しています。インドネシアでは、国営製薬企業の1つキミア・ファルマ社がARVの自国内製造に着手し、また、2003年8月から、国によるエイズ治療計画が徐々に動き出しました。

一方、HIV/AIDS問題が最も深刻な被害を与えているサハラ以南のアフリカ諸国でも、いくつかの国が「治療へのアクセス」拡大のための国家計画を開始しています。

例えば、ボツワナは、世界で最もHIV感染率の高い国ですが、政府と米国のCDC (Center for Disease Control and Prevention: 米国疾病予防・管理センター) の連携によって、ARTの無償配布政策を開始しています。

ナイジェリア、カメルーンでは、後述の「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(GFATM、次ページ図参照)からの援助を活用し、インド産のジェネリックのARVを購入し、PLWHAに廉価にARVを供給する国家プログラムが行われています。

ケニアでも、同様のシステムで、2003年10月から国家によるARV供給が開始されました。南アフリカでは、PLWHAのARTへのアクセスの保障に難色を示していた政府が2003年8月、方針を転換し、ARTの公的医療への導入を決定。同国のジェネリック製薬企業アспен・ファーマケア社が欧米の多国籍製薬企業からライセンスを得て治療薬製造を開始しています。

(3)「治療へのアクセス」に向けた国際的な取り組み体制

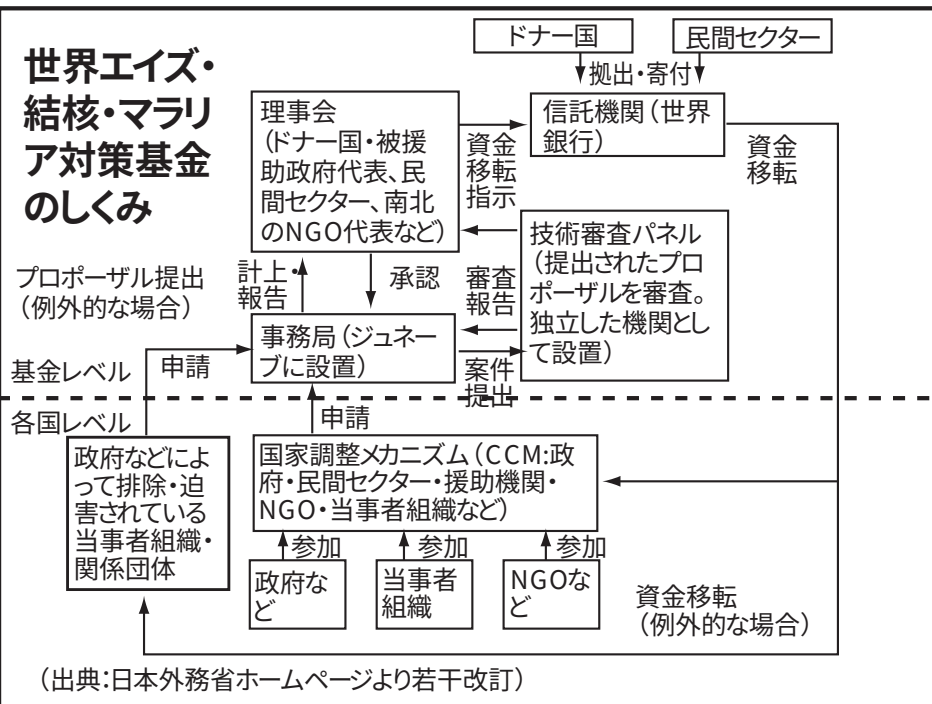
このように、ここ2～3年の間に途上国

における「治療へのアクセス」は大きく動き出しています。途上国でのART実現を求める運動は、当初は保健専門家などから非常に懐疑的に見られていましたが、現状では、「治療へのアクセス」推進が対策のメインストリームとなりつつあります。

この動きを、ポリシー面で支えているのがWHO(世界保健機関)のいわゆる「3×5」プラン(2005年までに途上国の300万人のPLWHAに治療を保障する)です。この目標はもともと、2002年にバルセロナで開催された国際エイズ会議においてWHOが表明したのですが、WHOのイー・ジョン・ウク新事務局長の就任と前後して、これが「3×5」プランという形で大きく打ち出され、WHOはこのプランの実現のために、各国における「治療へのアクセス」拡大の国家計画策定の支援に大きく力を入れています。

「治療へのアクセス」を資金面で担保しているのが、「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(GFATM)です。国連のコフィ・アナン事務局長の提唱に基づいて2002年に設立されたGFATMは、G7諸国を中心とする各国の政府や民間セクターの資金拠出によって確保した財源を、途上国のエイズ・結核・マラリア対策に拠出する独立した基金です。この基金は、被援助国各国に設立された「国家調整メカニズム」(CCM: Country Coordination Mechanism。政府等公的セクターに加え、民間セクター・NGO・PLWHAのグループなどの参加を保障することが原則となっている)によって作成されたプロポーザルを審査し、適切なものに資金拠出を行うという仕組みになっています。GFATMは、

世界エイズ・結核・マラリア対策基金のしくみ



先に触れたタイ、インドネシア、ナイジェリア、カメルーン、ケニアを始め、多くの国の「治療へのアクセス」の国家計画の実現に貴重な財源を供給しています。

こうした国際的な取り組み以外に、二国間援助においても「治療」への流れが出てきています。例えば、米国ブッシュ政権は、アフリカ・カリブ海14ヶ国のエイズ対策に5年間で150億ドルを投入する「エイズ軽減緊急計画」を発表しましたが、この資金のうち一定額は治療に回されることになっています。

(4) 途上国における「治療へのアクセス」拡大の課題

このように、途上国における「治療へのアクセス」は、数年前では考えられないほどのスピードで進んでいますが、一方で、大きな懸念も残しています。医療・保健に関わる資源の乏しい途上国で、治療薬へのアクセスを持続性をもって適切に確保できるのか、という問題です。

この問題には、いくつかの位相があります。

まずは、資源の乏しい地域(resource limited settings)において適切な診断・モニタリング・服薬が可能かどうかということです。

多剤併用療法の服薬は複雑なものが多く、適切な服薬には困難が伴います。しかし、適切な服薬ができなければ、早い段階

で耐性ウイルスが出現し、治療の効果は失われてしまいます。この点に関する対策の1つとして、服薬の複雑さを解消するため、2剤、もしくは3剤を一錠化し、一日における服薬のタイミングや回数をシンプルにするといった開発が行われています。また、PLWHAのグループの活動の中で、ワークショップなどを通じて適切な服薬のしかたを学び、服薬へのモチベーションを高めていく試み(治療リテラシー・プログラム)なども行われています(治療リテラシーについては次章を参照)。

診断・モニタリングについては、より難しい問題が登場します。先進国では、診断・モニタリングには、免疫細胞の数を測る指標であるCD4値、およびHIVの増殖の度合いを測るウイルス量(viral load)が活用されますが、多くの途上国では、CD4やウイルス量を測定する装置が普及していません。例えば、人口一千万人を数えるインドネシアのジャカルタ市においても、CD4を測定できる公立病院は二つ、ウイルス量を測定できる公立病院は一つしかありません(2003年9月の現状)。

こうした状況を踏まえ、WHOは、CD4の測定ができない場合の診断・モニタリング方法をいくつか提案しています。もちろん、これらの方法はCD4やウイルス量の測定に比べて十分なものではありませんが、こうした方法で診断・モニタリングを行いながらARTを導入している病院なども途上国には多くあります。いずれにせよ、CD4・ウイルス量検査へのアクセスの拡大は、「治療へのアクセス」の拡大における極めて重要な要素の一つです。

「治療へのアクセス」に関わるマクロレ

ベルの問題は、治療薬の安定供給が可能かどうかということです。

途上国の場合、首都から地方への医薬品供給のルートが不安定なことが多く、災害や政治的なトラブルなどによって供給が途絶えてしまう可能性があります。また、多くのアフリカ諸国などのように、ARVの供給を輸入に頼っている場合、政府の資金枯渇や支払い不能などの問題で、輸入がストップしてしまう可能性もあります。治療薬の流通状況を改善したり、一つの所からの供給が止まっても別の所から確保できるように、といった工夫が必要になります。

この問題には、先に述べた知的財産権の問題も絡んでいます。

治療薬の価格が下がったといっても、それは一部の薬だけで、特に新しく開発されたプロテアーゼ阻害剤や非核酸系逆転写酵素阻害剤などの価格は、ジェネリックのものも含めて、それほど下がっていません。また、これらの新しい薬は、全て知的財産権によって保護されており、途上国での自国内製造や輸出は、先進国からの圧力の存在などにより、事実上、非常に難しいのが実情です。その結果、途上国においてアクセスできるARVの種類は非常に限られているのが現実です。

同じ治療薬の組み合わせで治療を続けていけば、いかに投薬が適切に行われていても、やがて耐性ウイルスが現れてくことは明らかです。そのとき、オルタナティブな薬の選択肢はあるのか……このことは、早晚問題になってくるでしょう。

(5)制度的な問題の打開に必要な市民のアドボカシー

上記に見たように、途上国における「治療へのアクセス」の課題には、物理的・技術的な問題と、制度的な問題があります。

物理的・技術的な問題については、資金的な協力、インフラの整備や技術協力、現地の人材養成などによって、一步一步、先に進んでいく必要があります。一方、制度的な問題については、問題の所在を市民社会に訴え、世論を喚起して制度を変えていく国際的なアドボカシー活動が必要です。アドボカシー活動については、アフリカではPATAM(汎アフリカ治療アクション運動)など、東南・南アジアではPLWHAのネットワークやヴァルネラブル・コミュニティの様々なネットワークが広域で形成され、先進国のPLWHAのネットワークや市民社会NGOと結びついて活発な活動が展開されています。また、「国境なき医師団」(MSF)の必須医薬品キャンペーンや、オックスファムの公正な貿易キャンペーンなども、こうした活動と結びついて、「治療へのアクセス」の拡大の力となりました。

2. 治療リテラシーの向上:途上国のPLWHAの取り組み

(1)「治療リテラシー・プログラム」とは

前章でみたように、途上国ではARTを含むエイズ治療へのアクセスが徐々に広がってきています。一方、こうした動きに対して、途上国における医療資源の乏しさや、ARVの服薬の困難さなどから、医療専門家の一部には先行きを懸念する意見などもあります。

こうした中で、途上国の中からは、PLWHAのグループなどを中心として、エイズ治療に関する新しい試みが出てきています。

「治療リテラシー・プログラム」は、PLWHAがお互いに、また、医療関係者と連携することによって、ARTや日和見感染症治療などのエイズ治療について学び、お互いの「治療準備度」(treatment preparedness)を向上させていくプログラムです。このプログラムは、ブラジル、南アフリカ、タイ、インドなど、PLWHAのネットワークが強力な地域を中心に始まり、先進国のPLWHAグループやエイズNGOなどからの経験や教材の提供なども受けて、世界的に大きく広がりつつあります。

(2)「治療リテラシー」の基本的な考え方

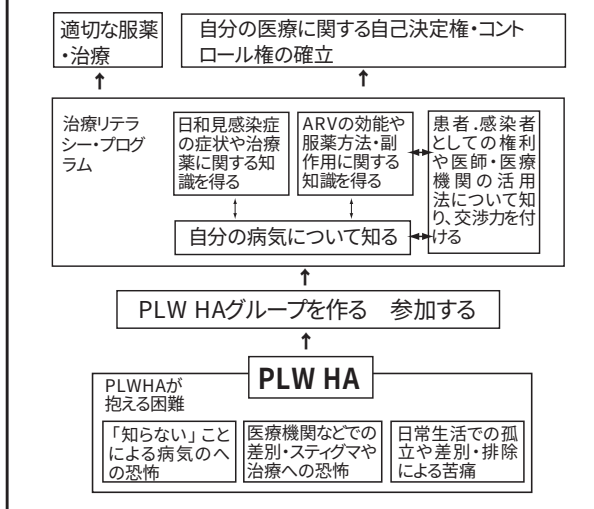
途上国では、ARVだけでなく日和見感染症の治療などについても、これまで十分に提供されてきませんでした。また、医療は医師・医療従事者の手に握られ、患者・感

染者も医療に関する知識がないことから、自分の治療について医師・医療従事者と話し合ったりすることも難しい状況でした。実際、日和見感染症が出て病院に行き、HIV感染・AIDS発症という事実が明らかになると、多くの公的な医療機関では、本当はできることがあるかも知れないにも関わらず、「エイズだから手の施しようがない。家に帰って死ぬのを待つしかない」と通告され、なすすべもなく家に閉じこもらざるを得ない、というような状況が一般的でした。こうした背景から、「治療リテラシー」のプログラムが生まれてきました。

「治療リテラシー」のコンセプトは、PLWHAをその中心に置くものです。PLWHAこそ、HIVの影響を最も受けている人々であり、治療の受け手として、治療のリアリティを最もよく知っているのもPLWHAです。ですから、PLWHAが自ら受ける医療の内容について主権者として知り、自分にとって適切な医療を選択する必要があるわけです。

PLWHAは、長期間にわたってHIVとともに生きていかなければならず、HIVとの共存のスキルを身につける必要があります。そのスキルの中には、医療情報や、医療機関・医師・医療従事者とのように適切な関係を築いていけるか、治療をどのように効果的に受けていくか、ということも含まれます。タイで治療リテラシーを進めているPLWHAアクティヴィスト、パイサ

PLW HAが抱える困難と治療リテラシーの重要性



ン・スワナウォン氏 Paisan Swannawong はこう表現します。「医療は、生命を左右する大きな問題であり、それを100%医師にゆだねることはできない」

「治療リテラシー」のプログラムの多くは、日和見感染症にはどんな種類があり、どんな症状が出て、どの薬が効くのか、とか、ARVにはどんな種類があるのか、飲み方はどうするのか、といった病気と治療に関する情報、および、医療者・医療機関との関係の持ち方、交渉のしかた、といったこととなりますが、そのコンセプトは、こうした医療に関する情報をPLWHA自身が知り、使いこなせるようになることによって、医療を受け手の側のイニシアティブでコントロールできるようになることなのです。

(3)「治療リテラシー」のアプローチ

治療リテラシー・プログラムは、PLWHAのコミュニティ、グループなどにおけるセミナーやワークショップを中心に展開されます。途上国のPLWHAの多くは貧困であり、識字の問題なども大きいことから、メッセージの多くは、歌や演劇など多様な表現方法を使ったり、ゲームを取り入れたワークショップによって体を動かしたりする中で伝えられます。歌や演劇はとくに、患者・感染者としての自らの権利を自覚したり、医師・医療従事者との関係の作り方のヒントを示したりする上で重要な「感情伝達メディア」として使われます。

また、知識を伝達するために、ポスターや、写真や絵をふんだんに取り入れた教材などが多く使われます。上映装置があることが前提ですが、映画やビデオなども視覚教材として有効です。医療情報としては、HIVとAIDSの違いなどの基本的なことから、様々な日和見感染症の症状と、それらに効く治療薬の名称、また、ARTに関する場合については、ARVがどのようにHIVに作用するのかといったことまで、HIV/AIDSと医療に関わるいろいろなことを、段階を追って共有していきます。南アフリカ共和国で最大のPLWHAの組織、「治療行動キャンペーン」(TAC: Treatment Action Campaign)の東ケープ州治療リテラシー・コーディネーター、リンダ・マフ氏(Linda Mafu)は言います。「それぞれの日和見感染症でどんな症状が出るか、どんな薬がどう効くか、というようなことをPLWHAにトレーニングの過程で理解し

てもらう。医療について知ること、PLWHAはエンパワーされる。そうすれば、病院に行っても、医師との間で主導権をとって治療について話ができる。」

治療リテラシー・プログラムでは、医療や科学に関する難解な用語や説明は、一般の人たちに理解できるように、優しい言葉で翻訳される必要があります。治療リテラシーに使われる教材は、医療専門家が頭の中で作るのではなく、(医療専門家の参加が必要であるにしても)コミュニティの中で作られなければなりません。そこに活用される知は、コミュニティの人々が共有する知の体系によって翻案されたものでなければなりません。こうした教材作りのプロセスに、PLWHAの対等なパートナーとして医療専門家が参加することで、治療リテラシー・プログラムの開発は、PLWHAと医療専門家をつなぐ役割を果たすことができます。

「治療リテラシー・プログラム」が、地域・国レベルで大きなキャンペーンとして意味を持った実例が、タイで「タイPLWHAネットワーク」(TNP+)が展開したカリニ肺炎の治療に関するキャンペーンでした。カリニ肺炎の治療自体は、それほど複雑なものではありません。そこでTNP+は、地域のPLWHAコミュニティの中で、カリニ肺炎の症状を特定し、PLWHAが医療機関と交渉して適切な医療を受け、治療していくためのキャンペーンを展開しました。このキャンペーンは「100%コトリモクサゾール・キャンペーン」(コトリモクサゾール Cotrimoxazole: 細菌・原虫感染症の治療薬で、エイズ治療の文脈では、主にカリニ肺炎の治療と予防に効果を発揮する)と

名付けられました。TNP+でこのキャンペーンを指導したパイサン・スワナウォン氏は「このキャンペーンの成功は、PHAが、自身の管理下で、医者と同等かそれ以上の仕事ができるということを医学的な権威や他の人々に証明した」と述べています。

(4)「治療リテラシー」と先進国のNGOの貢献

先進国のPLWHAのグループや、ケア・サポートに携わってきたエイズ・サービスNGOは、途上国の「治療リテラシー・プログラム」の実践と同様の経験を、80年代～90年代前半にかけて持っています。先進国のこうしたNGOは、この経験の中で自分たちが作り出した教材や手法について、途上国のPLWHAのグループやエイズ・サービスNGOに伝え、活用してもらうための努力を行っています。

2003年3月、南アフリカ共和国のケープタウンで、「治療アドボカシーと治療リテラシーに関する国際サミット」(International Summit on Treatment literacy and advocacy)が開催されました。この会議には、アフリカ、南・東南アジア、中南米・カリブ海、東欧・旧ソ連圏から130人あまりのPLWHAグループやエイズ・サービスNGO、治療アドボカシーNGOスタッフが集まりましたが、この会議の主要な議題の一つは、先進国と途上国のNGOが治療リテラシーに関わる教材などを共有し、開発していくプロセスをどう作っていくかということでした。この会議の組織化を担ったNGOの一つが、米国ニューヨークを拠点とするケア・サポートNGO

の老舗、GMHC(Gay Men's Health Crisis)であり、GMHCは自分たちで開発した多くの教材をこの会議で途上国のNGOと共有しました。この動きは、先進国と途上国の草の根のNGOの連携の将来像を示すものです。

今後、東南・南アジアでもARTが進展していくことが予測されますが、この点に関して、日本は大きな蓄積を持っています。日本のPLWHAのネットワークであるJANP+は、日本のPLWHAのグループの中で取り組まれてきた治療リテラシー・プログラムを、アジアのPLWHAのグループと共有するための取り組みを始めつつあります。

私たちが、先進国のNGOとして、途上国のARTそれ自体に関わるのは、非常にハードルが高いことです。しかし、「治療へのアクセス」拡大に向かう世界の潮流の中で、この部分に何らかの形で関わっていく上では、「治療リテラシー・プログラム」を行うPLWHAの組織やNGOの支援は、実現可能性のあるとっかかりの一つになりうるだろうと考えられます。例えば、現地のPLWHAのグループと信頼関係をつくったうえで、ピア・エデュケーターの養成やセミナー・ワークショップのプログラム作りの支援、キャンペーンのモニタリングや評価の技術的なサポート、国際NGOとしての立場を生かした、医療機関や公的セクターなどとの橋渡し、といった形の支援を行うことは、十分に可能性のある選択肢ではないでしょうか。

おわりに

このハンドブックは、外務省NGO活動環境整備支援事業・保健分野NGO研究会が、2003年度に実施した連続セミナーおよびシンポジウムでの講演や報告をもとに、それを普遍化・一般化する形で編集されました。まず、本研究会の主催者である外務省、および担当部署である経済協力局民間援助支援室の皆さまに厚くお礼を申し上げます。

本書の内容は、これらのセミナー・シンポジウムの各講師・パネリストの皆さんに多くを負っています。また、各講師の皆さまには、各章の監修もやっていただきました。快く講演・監修を引き受けていただいた皆さま、遠く南アフリカ・ケニア・ナイジェリアや東南アジア各国から、日本のNGOのキャパシティ・ビルディングのために駆けつけてくれたPLWHAやNGOスタッフの皆さまに、厚くお礼を申し上げます。さらに、これらの企画の実施に必要な様々な業務や、本ハンドブックの校正などを、労をいとわずにやってくださった保健分野NGO研究会ボランティアの皆さまにも、深くお礼を申し上げます。

HIV/AIDS・感染症の問題は、世界的な危機と呼ばれるほど深刻になっています。世界各地で、多くの人々がHIV/AIDSに苦しみ、影響を受けながら、驚くべき創造性を発揮してこの病の克服に立ち上がっています。このハンドブックが、こうした創造性的一端でも紹介できていれば幸いです。また、このハンドブックが、HIV/AIDSについて活動を展開していこうとする多くの皆さまにとって、少しでもヒントになれば、私たちにとって存外の幸せといえるでしょう。

最後に、本書を最後まで読み通された皆さま、どうもありがとうございました。本書を読まれての感想・意見などを送っていただければ幸いと存じます。

<編集・執筆>

外務省NGO活動環境整備支援事業
2003年度保健分野NGO研究会
事務局 アフリカ日本協議会
(担当 稲場 雅紀)

住所:110-0015 東京都台東区東上野1-20-6丸幸ビル2 F
電話:03-3834-6902 ファックス:03-3834-6903
電子メール ajf@mtb.biglobe.ne.jp
ウェブサイト <http://www.ajf.gr.jp/>

【参考資料】

社会科学系分野のHIV/AIDSに関する参考文献

本文献リストは、国際的なHIV/AIDS問題に関連して参考になると思われる書籍を、社会科学系分野に限定して掲載したものである。作成協力：牧野久美子（アフリカ日本協議会）

1. 日本語の文献

◆ 単行本

- ・ランディ・シルツ(1991) 曾田能宗：訳『そしてエイズは蔓延した(上・下)』草思社
- ・宮田一雄(2003)『世界はエイズとどう闘ってきたのか：危機の20年を歩く』ポット出版
- ・エイズ&ソサエティ研究会議(2001)『エイズを知る』角川oneテーマ21、角川書店

◆ 報告書

- ・『保健分野のNGO研究会報告書』外務省経済協力局民間援助支援室、2003年3月
- ・『開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/AIDS対策』JICA国際総合研修所、2002年5月 (http://www.jica.go.jp/activities/report/field/2002_02.html)
- ・世界銀行(喜多悦子・西川潤訳)『経済開発とエイズ』東洋経済新報社、1999年(原著1997年)

◆ 論文

- ・石川薫(2003)「感染症と日本の外交政策：国づくりの観点から」『国際問題』525
- ・垣本和宏・藤田則子(2003)「HIV母子感染予防国家政策への技術協力の経験：JICAカンボジア母子保健プロジェクトでの事例」『国際協力研究』19(1)
- ・*木原正博・小松隆一(2003)「エイズ対策の体系と今後の国際援助戦略について」『国際協力研究』19(2)
- ・河野健一郎(2003)「WTO医薬品問題と製薬産業：産業の存立基盤に影を落とす国際的な公衆衛生の危機」Mizuho Industry Focus, Vol.6
- ・牧野久美子(2003)「南アフリカにおけるエイズ治療薬供給問題：トリートメント・アクション・キャンペーンの活動から」『アフリカ研究』62
- ・安田直史・宮本英樹(2003)「成功したタイのエイズ予防対策」(特集：エイズ対策は成功したか)『公衆衛生』67(12)
- ・加藤隆俊(2002)『「経済開発のための保健への投資」に関する8つの疑問に答える』『開発金融研究所報』No.11 (www.jbic.go.jp/japanese/research/report/review/pdf/11_02.pdf)
- ・小松隆一(2000)「エイズと人口問題」『アジア研ワールド・トレンド』58
- ・早瀬保子(1999)「深刻化の一途をたどるアフリカのエイズ」早瀬保子『アフリカの人口と開発』アジア経済研究所

2. 英語の文献(単行本のみ収録)

Barnett, T. and A. Whiteside (2002). AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization. New York, Palgrave Macmillan. (途上国のHIV/AIDS問題を包括的に扱う)

Baylies, C., J. Bujra, et al. (2000). AIDS, Sexuality and Gender in Africa: Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia. London and New York, Routledge. (タンザニア・ザンビアにおけるHIV/AIDSと女性・ジェンダー問題を扱う)

Campbell, C. (2003). 'Letting Them Die': Why HIV/AIDS Prevention Programmes Fail. Oxford, James Currey. (途上国のHIV/AIDS対策プロジェクトが失敗する理由を詳細に分析する)

Dejong, J. (2003). Making and Impact in HIV and AIDS: NGO Experiences of Scaling Up. London, ITDG. (HIV/AIDSに関するプロジェクトのスケールアップの方法論の実践的紹介)

Gow, J. and C. Desmond, Eds. (2002). Impacts and Interventions: The HIV/AIDS Epidemic and the Children of South Africa. Durban, University of Natal Press. (南アフリカにおけるエイズによる孤児の問題を扱う)

Hope Sr, K. R., Ed. (1999). AIDS and Development in Africa: A Social Science Perspective. New York, London and Oxford, The Haworth Press. (アフリカにおけるHIV/AIDS感染拡大に関する社会科学的分析)

Kauffmann, K. D. and D. L. Lindauer, Eds. (2004). AIDS and South Africa: The Social Expression of a Pandemic. New York, Palgrave. (南アフリカのHIV/AIDS問題について、高感染率の理由や政府の政策の問題点などについて指摘)

Whiteside, A. and C. Sunter (2000). AIDS: The Challenge for South Africa. Cape Town, Human & Rousseau. (南アフリカにおけるHIV/AIDS問題に関する入門書)

どうする？！NGOのHIV/AIDSプロジェクト
～はじめてのあなたのためのスタートキット

平成15年度（2003年度）NGO活動環境整備支援事業
保健分野のNGO研究会成果物
平成16年3月

発行 外務省経済協力局民間援助支援室

〒105-8519 東京都千代田区霞が関2-2-1
電話：03-3580-3311 内線（5883、2906）
FAX：03-5501-8360

実施：GII/IDIに関する外務省・NGO懇談会

NGOグループ事務局：財団法人ジョイセフ（家族計画国際協力財団）

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10 保健会館新館
電話：03-3268-5875
ファクス：03-3235-7090

平成14年度保健分野NGO研究会事務局：アフリカ日本協議会

〒110-0015 東京都台東区東上野1-20-6 丸幸ビル3F
電話：03-3834-6902
ファクス：03-3834-6903
電子メール：ajf@mtb.biglobe.ne.jp

※本書籍に関するお問い合わせは、「アフリカ日本協議会」にお願いいたします。

参考資料

2003年保健分野NGO研究会の企画と 本書の内容のつながり

トピック	実施した日程	実施した企画	講師	本ハンドブックとの対応
「プロジェクトの現場から：保健分野NGOの実践と情報の共有に向けて」	2003年8月8日	途上国でのHIV/AIDSプロジェクト形成事前調査＝その方法と実際＝	(特活) ワールドビジョン・ジャパン 戸代沢真奈美氏	第1部第1章
	2003年8月28日	自発的カウンセリング・検査＝その理論と実際＝	(特活) HANDS 和田知代氏、(財) ジョイセフ 角井信弘氏	第1部第3章
	2003年9月24日	効果のあるエイズ予防普及とは＝アジアと日本＝	(特活) ふれいず東京 生島嗣氏、(特活) シェア＝国際保健協力市民の会 西山美希氏	第1部第2章
	2003年10月22日	地域保健とHIV/AIDS＝リプロダクティブ・ヘルスを中心に＝	(財) ジョイセフ 西田良子氏、角井信弘氏	第1部第5章
	2003年11月8日	HIV/AIDSと包括的ケア・サポート＝アフリカで広がる取組＝	(特活) AMDA 横森健治氏	第1部第4章
	2003年12月12-13日	HIV/AIDSのプロジェクト評価	(特活) アーユス＝仏教国際協力ネットワーク 源田理子氏、技術委員	とくに第1部第1・2・4章（内容面での関係）
「HIV/AIDSの将来の課題とNGO活動」	2004年2月1～6日	タイHIV/AIDS対策事業実地研修	(特活) シェア＝国際保健協力市民の会	とくに第3部第1・2・4章（内容面での関係）
	2003年8月1日	アフリカにおけるHIV感染者・AIDS患者運動の現状	アスンタ・ワグラ氏（ケニア・エイズとともに生きる女性たちのネットワーク）、ロラケ・ンワグ氏（ナイジェリア・治療アクション運動）	第3部第1・2章。内容的には第1部第2・4章も関係。
	2003年8月4日	アフリカのエイズ問題と「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」（GFATM）の役割	ケイト・トムソン氏（世界エイズ・結核・マラリア対策基金市民社会関係ディレクター）、アスンタ・ワグラ氏（ケニア・エイズとともに生きる女性たちのネットワーク）、ロラケ・ンワグ氏（ナイジェリア・治療アクション運動）	第3部第1・2章。内容的には第1部第2・4章も関係。
	2003年9月26日	■南アフリカ：エイズと闘う女性たちとエイズ治療リテラシーの向上	リンダ・マフ氏（南アフリカ：治療行動キャンペーン（TAC）東ケープ州治療リテラシー・コーディネーター）、キングズリー・モガル氏（世界エイズ・結核・マラリア対策基金資源動員マネージャー）、池上千寿子氏（ふれいず東京）、牧野久美子氏（アジア経済研究所）	第3部第1・2章。内容的には第1部第2・4章も関係。
アジアにおけるHIV/AIDSの課題とNGO活動	2003年8月1日	SARS＝HIV/AIDSの経験は活かされているのか	岩本愛吉氏（東大医科学研究所付属病院院長）	
	2003年11月26日	アジア・太平洋で現実化する「治療へのアクセス」＝日本は何をなすべきか＝	グレッグ・グレイ氏（アジア太平洋HIV感染者・AIDS患者ネットワーク）、ニミット・ティエヌド氏（タイ・エイズ・アクセス協会）、サムスリジャル・ジャウジー＝医学博士（インドネシア・HIV/AIDS治療促進連合）、エドウィン・ウェンマス氏（オーストラリア・HIV感染者・AIDS患者協会）、沢田貴志氏（シェア）、長谷川博史氏（JANP+）	第3部第1・2章。内容的には第1部第2・4章も関係。
	2003年11月23日	■アジアのHIV/AIDSとガールネラティブ・コミュニティセックス・ワーカー、ドラッグ・ユーザーのコミュニティとプロジェクト＝	カルティニ・スラマー氏（アジア太平洋セックス・ワーカーネットワーク）、トン・スミッツ氏（アジア・ハムリダクション・ネットワーク）、婁友紀子氏（SWASH）、山野南英氏（皇學館大学社会福祉学部助教授）	第2部第2・3・4章。
	2003年11月28日	タイのHIV/AIDSとローカルNGOの活動実際＝日本のNGOとの連携に向けて＝	ニミット・ティエヌド氏（タイ・エイズ・アクセス協会）	第3部第1・2章。

グローバル・エイズ問題への
世界の取り組みを知るガイドブック

世界規模で深刻化するHIV/AIDS問題。過酷な現状の中で、この感染症を克服するための患者・感染者やNGOなど市民社会の取り組みが静かに広がっている。

「世界の市民社会は、どうHIV/AIDSに取り組んでいるのか」

保健分野での国際貢献に取り組む日本のNGOが、共同して研究会を開催し、HIV/AIDSに取り組んできた自分たちの実践を紹介しあい、HIV/AIDSに対する世界の取り組みに耳を澄ますことによってできあがった実践のためのガイドブック。

(研究会主催：外務省)

**Civil Society and HIV/AIDS
in Developing World:
a Guide
for Japanese Health Sector NGOs**