

世界災害報告

2008年版（要約）

HIV/AIDSの脅威



国際赤十字・赤新月社連盟
翻訳：日本赤十字社

国際赤十字・赤新月社連盟は、本書の出版に際してご協力いただいた以下の団体に深く感謝申し上げます。



目次

はじめに	2
第1章 HIV/AIDSの課題	4
図: HIV感染者推定数(2007年)	8
第2章 HIVという災害	9
囲み記事: HIVの猛威の影響	12
第3章 人道主義のインターフェース: HIVの視点から	14
囲み記事: HIV/AIDSの中核化—オックスファムの挑戦	17
第4章 HIVと人口移動: 神話と現実	19
囲み記事: 性差別に配慮した包括的取り組みの重要性	22
第5章 難民と戦争がHIVに与える影響	23
囲み記事: ケニアの緊急事態におけるHIV感染者へのARTとヘルスケアの提供	26
第6章 HIV/AIDSと自然災害	28
囲み記事: 宗教的リーダーとHIV感染者が団結する時	31
第7章 HIV/AIDSの財政: 資金はどこへ?	32
図: 2006年、低・中所得国へのAIDS対策向け 総支出におけるDAC加盟国の分担金	36

HIVとAIDS—人道における課題

HIV/AIDSは、世界に多くの課題を突きつけています。さまざまな人道機関が、この課題を解決するため、またHIV/AIDSが世界的に流行し始めた当初における対策の遅れを埋め合わせるため、真摯に取り組んできました。しかしまだ手のつけられていないニーズが山積しています。これらに対応するには、政府との連携とともに、何よりも地域社会との連携が必要です。地域の英知と復興力が、HIV対策の大きな力となるからです。今回の『世界災害報告』のテーマにHIVが選ばれたのは、そのためです。各国の赤十字社や赤新月社は、HIVの世界的枠組みであるGlobal Alliance on HIVに参加し、AIDSに集団的に取り組むことで、より多くのより良い解決策を導こうとしています。規模拡大を目指すこの取り組みは、HIVの予防・治療・ケア・支援、および偏見や差別の撤廃などのプログラムの規模を2010年までに倍増するという明確で具体的な目標を掲げています。

AIDSの流行は四半世紀以上も続いています。統計数値の深刻さには毎回驚かされます。死亡者の累計人数は約2,500万人、現在のHIV感染者は約3,000万人です。感染者の男性、女性、子供は、大多数が世界の最弱者層に属しています。また、AIDS流行の主な要因は貧困と決めつけるのはあまりにも単純すぎますが、実際にHIV感染者の多く、特に女性は、最貧困層の人々です。

弱者を支援し、彼らの持つ可能性や能力を高めることが、人道機関としての活動のまさしく真髄です。しかしHIVにより、様々な理由で我々の活動は困難に直面しています。サハラ砂漠以南のHIVの感染率の最も高い(20%前後)国々では、個人生活も地域社会もAIDSによって崩壊しています。約1,500万人の子供達が、片親または両親をAIDSで失いました。10歳以下の子供が家事を担い、家族の世話のため学校に通えないでいます。また祖父母は、自らが世話を受けるべき状況にありながら、孫の世話に追われています。

現在は抗レトロウイルス療法が普及しているものの、途上国でこの薬を必要としている人の多くは、その恩恵を受けることができません。またAIDSの日和見感染症向け治療薬も、簡単に手に入るものではありません。支援のための財源は急増していますが、これは単に金銭的な問題ではありません。感染率の高い国では、途上国の大半がそうであるように、インフラが乏しいため医療が限界に達しており、一番必要とされる経験豊富な医療従事者が西側の先進国に流出しています。多くの事例で、過去20年間に達成した進歩が無に帰しています。たとえば貧困の軽減や所得の創出、食糧の安全保障などが、人道の世界では大災害の現場だけでなくあらゆる場所で、すべて未解決の事項として残されています。

AIDSの流行は多くの局面で災害です。しかし大半の国では感染率が低いので、これを世界的な災害とするのは語弊がありましょう。インドのような人口の多い国でさえも、HIV感染者は多いものの感染率は低いのです。ただし世界の約14カ国では、AIDSは確かに災害と呼ぶにふさわしい状況です。たとえばスワジランドでは、人口の26%

成人の4人にひとりがHIV感染者です。このHIV感染率は世界最高です。増加率がほぼ現在のままで推移すると、15歳の全人口のうち3分の2がAIDSで死亡する可能性があります。国民の平均寿命は、1997年に60歳でしたが、2004年には31歳程度にまで落ち込みました。このような事態がまさに災害と言えるでしょう。

社会から取り残された集団の多くにとって、HIVは災害です。この集団に対しても、人道機関は手を差し伸べています。もしまだ支援が届いていなければ、今すぐ実施すべきです。たとえば感染率の比較的低いパキスタンやタイなどでも、薬物注射の常習者やセックスワーカーなどの感染率は上昇しています。しかしこれらの人々は、同じく「ハイリスク」集団である男性同性愛者とともに白い目で見られ、犯罪者となることも少なくありません。これらの人々は、感染率の低い国であってもまさに保護すべき集団であるにも関わらず、予防措置が行き届いていません。彼らにも私たち同様、人権や医療を受ける権利、疾患予防の権利があります。

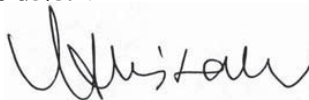
偏見は、HIVとともに生きる人々の苦しみをさらに増大させる大きな要因です。これはハイリスク集団だけにとどまりません。偏見により人々はHIV検査の受診をためらい、感染リスクが高まるのです。また偏見によってAIDS孤児が社会から拒絶され、(そもそも夫が感染源であっても)感染した女性が家族から見放されます。

また、災害地域に住む人々へのHIVの影響は、現在も完全に理解されていません。ただ、避難民や移民が受入国にHIVを持ち込むのは避けられない、などの誤解は解けつつあります。しかし、この問題に関しては、さらに詳しい調査が必要です。特に現代のようにあらゆる災害が増加の傾向にある時代では、災害対策のためにHIVを正しく理解することが不可欠です。紛争、不安定な政治、世界的温暖化…すべてが人々を流動化させ、インフラの整備されていない、医療サービスの乏しい生活と不安定な低賃金労働による悲惨な貧困生活を強めます。すでにHIVに感染している人もいます。他の人々も過酷な貧困を余儀なくされることによって感染症にかかりやすくなり、特に女性の感染率は高まります。性を売買したり提供したりすることが、食糧を手に入れる唯一の方法となる場合があるからです。

さらに、まったく予期せぬ新たな課題が浮上しています。2007年末のケニアの選挙後に暴動が起きた際は、数千人のHIV感染者への抗レトロウイルス治療が中断される恐れがありました。この時は、ケニア赤十字社や国境なき医師団などの非政府組織と政府の迅速な対処によって、無料のホットラインや移動診療所その他の方法で治療を継続することができました。世界中で常にこのような不測の事態に備えなければなりません。これを怠れば、人類史上最も危険なウイルスの流行を封じることは困難です。

最後に、今回の『世界災害報告』作成に当たりご尽力いただいたHIV/AIDSに関する私的特使、ムケシュ・カピラ博士に感謝いたします。

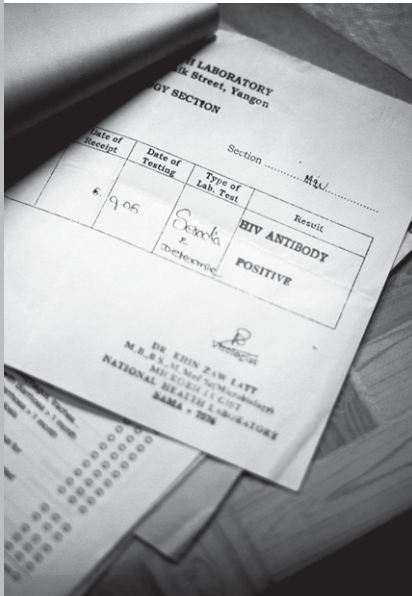
国際赤十字・赤新月社連盟
事務総長 マルク・ニスカラ



第1章 HIV/AIDSの課題

今回の『世界災害報告』では、AIDSの流行が災害と言えるほど深刻な特定の国々、および特定の中心集団（ハイリスク集団）におけるHIV/AIDSの影響を分析している。またこの報告書では、HIVの流行が人道援助コミュニティーに与えた課題についても詳しく述べる。人道機関の目的が貧困の軽減であれ、日々の基本的な医療と福祉の提供であれ、紛争や飢餓、干ばつ、地震などの人為災害/自然災害の救援であれ、HIVは、その活動にきわめて複雑な局面を生じさせている。

災害の影響は（影響が急激か長期的か、また人為災害か自然災害かを問わず）、HIVを流行させる大きな要因のひとつである。人々の生活が不安定になり混乱すると、性的搾取や暴力が発生するとともに、医療が混乱して抗レトロウイルス治療や心理社会的支援、血液検査の実施が滞るためである。



AIDSは死にいたる新たな不治の病であったにもかかわらず、流行初期には人道援助コミュニティーのおもな優先事項と認識されていなかった。1988年、世界保健機関（WHO）の当時の事務局長、ハルフダン・マーラーは、AIDSの流行を否定したことがWHOの対応の遅れを招いた大きな原因であると認め、次のように述べた。「初めのうちは、危機が我々の身に降りかかっていることを認めない人が多かったのです。私もその一人だったので良くわかります。」（第4回エイズ国際会議、1988年）

またオックスファムの報告書には、次のように記されている。「今までHIV/AIDSは、さまざまな理由からオックスファムの事業計画において注目を浴びることは少なかった。その理由は、評価や予防が困難であること、医学的問題と見られてい

たこと、緊急性の高い問題と考えられなかったこと、などである。」（OXFAM、2006年）

しかし赤十字・赤新月社の立場は、これらとは少し異なる。1985年に初めてAIDSの国際的な情報提供と予防活動を始めたのは、ノルウェー赤十字社だった。同社は、AIDS関連の問題で二国間協議をもとに国際的な活動を始めた最初の非政府組織と考えられている（Gnaedinger M、2007年）。

赤十字・赤新月社のボランティアは、AIDSの流行地域を拠点としていることが多いため、AIDS患者に教育やケア、支援を提供しやすい立場にあった。ただ、各国の赤十字・赤新月社をはじめとする人道機関にとっての大きな課題は、HIV感染者に対する偏見に打ち勝つことだった。

ノルウェー赤十字社は、アフリカの各社のうち、まずルワンダとケニアの赤十字社と協力して保健情報を提供するための資料を作成し、これを国中に配布した。HIVの情報は、現地のラジオでも放送された。アフリカ初のHIV感染者団体の設立も、ノルウェーとルワンダの赤十字社の協力によるものだった。現在、この種の団体の重要性は、AIDS関係者の間で十分認識されている。ただし政策決定や事業計画にこれらの団体を関与させる動きを歓迎する国は、今のところ少ない。1990年までに、少なくとも世界各国の100の赤十字・赤新月社が積極的にAIDSの予防と治療を実施している。

また、各社の一部が国際家族計画連盟 (IPPF) や世界教会協議会、(若者向けプログラムの一環として) 世界スカウト機構と連携して、HIVに取り組んだ。一方WHOは、1987年、AIDSスペシャルプログラム (Special Programme on AIDS) に着手し、これが翌年、世界エイズプログラム (Global Programme on AIDS) に発展した。

1990年初めから中頃にかけては、HIV/AIDSの資金が世界的に(拡大したことは皆無だが) 縮小し始めた時代でもある。その理由には、世界的に政府開発援助が削減されたこと、また冷戦が終結したことなどが挙げられる。またアフリカ諸国ではHIVが災害に近い状況に達しようとしていたため、アフリカと先進国との政治的関係は失われつつあった。

このような状況の中で、WHOの世界エイズプログラムを解散し、国連のさまざまなAIDS関連団体を調整するための新たな国連組織、国連エイズ合同計画 (UNAIDS) を立ち上げることが決定した。UNAIDSが発足した時点で、世界のHIV感染者はほぼ2,000万人(大半は途上国)、死者の総計はほぼ400万人と推定された。

2000年1月、国連安全保障理事会がアフリカのAIDS問題を主要な安全保障問題として位置づけ、開発の障壁として指摘した(安保理で初の保健問題の討議となった)ことから、AIDS問題は、徐々に世界レベルへと拡大した。次いで2001年6月、国連エイズ特別総会が開催され、各国の首脳全員が、期限を定めたHIV予防や資源動員その他の世界的なAIDS対策目標を明記した「エイズ政治宣言」に署名した。(UNAIDS、2001年)

政治的関与の拡大と(1996年の3億米ドルから2007年の100億米ドルへの) 資金の大幅な引き上げの相乗効果によって、感染率の高い国におけるHIV対策は必然的に強化された。最新のデータ (UNAIDS、2007年) によると、HIVの新規感染数は横ばい状態で、一部の国(カメルーン、ハイチ、ケニア、マラウイ、ルワンダ、トーゴ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ) では減少しているため、楽観的な兆候が見られる。しかし、予防と治療のニーズへの対応や、これまで見過ごされてきた集団へのケアと支援の提供など、課題の多くは残されたままである。

はじめての効果的な治療法である高活性抗レトロウイルス療法 (Highly Active Anti-Retroviral Treatment: ART) が1996年、バンクーバーの国際エイズ会議で発表された時、HIV患者に大きな希望が広がった。確かにARTは、AIDSの発症を数年単位で遅らせることができるものの、患者を完治させることはできない。また治療費が高い(当時の米国で、患者一人あたり年間約2万米ドル)ため、これを必要とする患者の大半は手が届かなかった。しかし2007年までに、途上国と先進国の活動家や人道機関の協力によって、ARTの治療費は急降下した。最も重要な点は、ARTは資源のごく限られた施設でも効果的に処方できるという点である。2006年6月現在、ARTの必要な患者は低・中所得国で650万人と推定されるが、そのうち165万人がこの治療を受けたと報告されている (WHO、2006年)。

しかしARTは、根本的な治療法が見つかるという前提のもとで、それまでの期間、服薬を継続する必要がある。紛争や自然現象などの災害によってARTの提供が乱れることは多々あるが、これを中断すると患者の体内で薬剤耐性が生じることがある。このような場合に必要「第二選択薬」は、多くの国ではまだ高価すぎて手が出ない (UNAIDS、2006年)。また低所得国にARTを提供する資金が、今後も確保できるかどうかも懸念される。

HIVとの戦いは、昔も今も予防がポイントとなる。HIVの感染防止法についての情報は、1980年代後半までに現在と同程度に普及した。しかし1990年の末頃までは、決定的なワクチンが開発されない中で、HIV予防に経費をかけることが結局は大幅な経費節減となることが理解されなかった (Behrman、2004年)。

政府が真剣に予防策を講じる場合も、その対象者を誤ることが多い。この分野では現在もなお、重要な課題に対し積極的な取り組みがない。その課題とは、多くの地域、特にアジアやラテンアメリカでHIV感染を拡大させているのは、薬物注射の常習者や男性同性愛者、セックスワーカーやその客だということである。これらの集団は、HIV感染率が一般人口よりもかなり高いため、偏見や拒絶に直面し、犯罪者となることも少なくない。しかしこれらの集団のHIV感染を予防・ケア・治療しなければ、また政治家が偏見と戦わなければ、これらのハイリスク集団の感染率は今後も上昇する。

2005年、世界の薬物注射の常習者のうちHIV予防サービスを受けたのは、8%のみだった (UNICEF/WHO/UNAIDS、2007年)。また予防サービスを受けた男性同性愛者は、9%のみである (UNAIDS、2006年)。さらに2005年、セックスワーカーのうち予防サービスを受けたのは、20%未満である (国連事務総長、2007年)。

自然災害や人為的災害に対処する際、各人道機関は、当該国の感染パターンなどHIV流行の特徴を考慮しなければならない。各国のHIV流行の特徴に合わせた対策を実施することが、効果的な予防法の鍵となる。

予防活動に失敗する大きな原因は他にもある。それは地域住民にあまり関与しない「部外者」が、この活動を押し付けがちだという点である。現地の専門家（HIVの陽性者や感染者、地域社会のリーダー、医師その他の専門家）がHIV/AIDS政策や事業計画のすべてに関与する必要がある。このように地域住民が積極的に関与し、リーダーシップを発揮して他の住民を動員することは、地域社会と個人の回復力を構築していくという過程において、HIV対策を成功へと導く権限を付与された原動力として重要な要素となる。

貧困によってHIVへの感染率を高める可能性はあるものの、一般的に貧困はHIV感染の原因ではない。そのため貧困がHIVの流行を促進すると決めつけるのは単純すぎる。確かに感染率の高い国は世界の最貧国でもあるが、HIVはこれらの国のあらゆる階層に被害を与えている。最新の調査では、AIDSは貧困そのものによる疾患というより、経済変化に伴う不平等による疾患であることが明らかになった（Piot他、2007年）。またジンバブエなど一部の国では、貧困や差別に大きな改善が見られないにもかかわらず、HIV感染は減少している（Shelton、2007年）。

HIV/AIDS対策は、おそらく人道、宗教及び政治的分野で直面する最大の課題のひとつだろう。予防策の効果を十分発揮するためには、社会や法規を変えることはもちろん、支援の対象を明確にすることも必要である。偏見や差別によって世界のHIV/AIDS対策が停滞する中で、このような対策上の変化は、差別の解消に役立つに違いない。持続的なHIV/AIDS対策と偏見の解消のため求められているのは、より効果的で対象を絞った予防・治療だけでなく、政治家の強力な関与であることは明白である。

この報告書にはこれまでに人道機関が学んだ多くの教訓が記されているが、中でも重要な教訓は、HIV対策には一般的な緊急援助に比べ長期の支援が必要だという事実を理解し、行動することである。社会から取り残された集団に対する差別や性の不平等など、HIVが根本原因となって弱者を虐げる諸問題に対しては短期の解決法はないとはいえ、AIDSが最初に報告されてから25年以上を経た現在も、思うように事態は改善していない。しかし明るい材料もある。それは人道機関にとってHIV対策が、被災地域の回復力を凌ぐ被害に対して単に支援を提供するのではなく、復興を確立し地域を活性化させる能力を鍛えるよい機会となることである。

HIV感染者推定数(2007年)

合計: 3320万人(3060万人~3610万人)



本章は、『世界災害報告 2008』編集長兼 HIVと保健社会問題担当ライター、リンゼイ・ナイトが担当した。

第2章 HIVという災害

国連によると、「災害 (Disaster)」とは、「広範囲におよぶ人的、物的、環境的損害の原因となる社会機能の深刻な崩壊であり、社会が自らの資源のみで対処できる能力を超えるもの」と定義されている (UNDP、2007年)。HIVは、確かにこの定義に当てはまる。

この定義は、そもそも地震や干ばつなど「自然」災害を指すものだったが、一部の事例では、HIVも社会またはコミュニティの「機能の深刻な崩壊」を引き起こす主要因、または先導要因の一つである。

HIVの流行は、データを見ただけでも多くの国や地域で災害に分類できる。UNAIDSは、2007年のAIDS死者を世界で約210万人、1981年以降の累計死者を2,500万人以上と推定する (UNAIDS、2007年)。また2007年末現在のHIV感染者数は、世界で3,320万人と見られる (UNAIDS、2007年)。

HIVが初めて確認されてから四半世紀以上経た現在まで、成人の感染率は多くの国で0.1%を超えることはなかった。しかしアフリカ南部の一部の国では、20%を上回っている。過去25年間でHIVがアフリカ南東部の国々にもたらした惨状は、前例がないほど厳しいものである。ボツワナやレソト、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ザンビア、ジンバブエなどでは、少なくとも成人の10人にひとりがHIV感染者である。またカメルーンや中央アフリカ、ケニア、タンザニア、ウガンダその他の国でも、成人の感染率は10%をわずかに下回る程度である。

世界保健機関 (WHO) は、データと試算によって個人や公衆衛生に対するHIVの影響を述べている (WHO、2006年)。2006年11月のWHOの報告書では、研究者や統計学者が利用する一般的な健康指標、DALY (Disability Adjusted Life Years: 障害調整生存年数) を比較した。WHOが定義している通り、DALYの数値が高いほど、問題は深刻となる (WHO、2006年)。HIV/AIDSの場合、2005年のDALYは、高所得国で推定63だが、低所得国では推定2,205だった。2030年の試算では格差がさらに広がり、高所得国では63のままだが、低所得国では5,081に達した。



これら感染率の高い国々にとってHIVは、度重なる被害をもたらす本格的な社会的・経済的危機となり、安全保障上の危機となった（Whiteside、2003/2002年）。

被害の甚大な国々では、DALY以外の多くの傾向や尺度、指標でもHIVが複雑で広範囲にわたる深い影響を与えていることがわかる。これらが総合的に、HIV災害を形作る要素となっている。その中でも顕著な影響の例は以下のとおりである。

A. マクロ経済的な不安定化と優先度の変化

HIVの流行が一般化すると、経済に次のような直接的な悪影響を与えることが多い。

- HIVの流行による、労働者の病気や死亡のため、労働力（特に熟練労働者）が順調に増加しなくなる。
- （現役労働者のHIV関連の疾患ため、また家族の看病のため）生産性が低下する。
- 政府の経済的健全性が損なわれる。

B. 公的機関の医療費の負担増

公的医療保険や民間の医療保険が整い、人口の大多数が医療費を支払うことのできる多数の富裕国とは異なり、サハラ以南のアフリカでは大多数の人々が貧困のため医療ニーズのすべてを政府その他の資金団体に頼らなければならない。そのため、多くの国は国際機関や支援国など国外の資金援助その他の支援を受けているが、それにもかかわらずHIV関連の医療・サービスの経費は政府にとって大きな重荷となっている。

C. 個人や家族に対する経済的悪影響

HIVは、さらに基本的な単位、すなわち個人や家庭、地域社会においても経済的負担を増大させる。南アフリカでの調査では、もともと貧しい家庭にHIV感染者が発生すると、衣服費（21%）、電気（16%）など、多くの必需品の支出を削減せざるを得ないことが明らかになった。また「調査した家庭の3分の2が、HIV/AIDSによって収入を失い」、「ほぼ半数が、満足な食糧がなく子供たちが飢えている」と報告している（Kaiser、2002年）。

D. 食糧不足

一部の地域の食糧不足は、HIV流行の直接的な結果である。たとえばマラウイでは近年、HIV/AIDSの影響による農作物の減産で慢性的・圧倒的な食糧不足が発生している（BBC、2005年）。この状況は、改善の兆しが無い。2020年までにマラウイの農業人口は、HIV/AIDSの影響がない場合に比べ14%減少するとUNAIDSは予測している（UNAIDS、2006年）。

E. 医療や教育分野の人材不足

HIVの被害は、若者層に集中している。そのため、若者自身やその家族が打撃を受けるだけでなく、現在と将来の全体的発展のために若者の所得創出能力や知識、社会資本を切実に必要としている社会もまた、打撃を被る（UNAIDS、2006年; De Waal、2003年）。

その打撃が最も大きいのは、医療分野と教育分野である。HIV/AIDSによって一方では医療サービスのニーズが高まるにもかかわらず、他方では多くの国で有能な医療従事者の数が減少している。たとえばボツワナでは、AIDSのために1999～2005年、医療従事者が約17%減少した（UNAIDS、2006）。また南アフリカでの調査では、25～34歳の教師のうち21%がHIV感染者であることが明らかになった（UNAIDS、2006年）。

G. AIDS 孤児の増加

2007年11月の世界銀行の報告書は、同時点のAIDS孤児（18歳未満と定義）の数を約1,500万人と推測している（世界銀行、2007年）。そのうち約1,200万人が、サハラ以南のアフリカに居住している。そのうち5カ国（ケニア、南アフリカ、タンザニア、ウガンダ、ジンバブエ）では、各国単独のAIDS孤児の数が100万人を超える。HIVの被害が若者に集中していることを考慮すると、感染率の高い国では、今後も孤児の数が増加すると予測される。

H. ジェンダー関連の障害

女性は、世界のHIV感染者の半数を占める。しかし大半の社会で彼女らは、HIVの予防・治療・ケアを受ける際、大きな法的、政治的、社会的、経済的障壁に直面する。

女性は、文化的慣習や男性への経済依存から、特にHIVに対して弱い立場にある。これは「性の不平等の危機」である（UNAIDS、UNFPA、UNIFEM、2004年）。なぜなら少女や女性は、一般に肉体的にも経済的にも男性より非力だからだ。レイプ犯や暴力的なパートナーはコンドームを使用しないため、性的暴力は、女性にとって大きな脅威である。

I. 心理的影響

HIVは、精神衛生上も大きな影響を与える。世界中のHIV感染者は、たとえ発症していなくとも一般人に比べ将来の健康に不安を感じやすい。そのため不安神経症や抑うつなどさまざまな心の病を患うことがある。また彼らの状況は、HIVによる偏見と差別や、家族、友人、同僚の闘病と死によってさらに悪化する可能性もある。

HIVは、サハラ以南のアフリカだけでなく、世界中のあらゆる国々で、それぞれのコミュニティや人口集団に災害をもたらしている。

HIV感染とAIDSによる死の「リスクが高い」とみなされるコミュニティには、一般的に次のような特徴が多かれ少なかれ見られる。

- 国内の一般集団の平均よりもHIV感染率が高い。
- 感染リスクを高める誘因となる慣習がある。
- 一般集団よりも平均的に貧しい。
- 住民の活力を失わせる幅広い経済的または政治的、法的、社会的障壁に直面している。その多くが偏見と差別によるものである。
- 一般集団よりもはるかに医療などの適切な社会・福祉サービスを受けにくい。

薬物注射の常習者や男性同性愛者、移民、季節労働者、囚人、セックスワーカーは、世界中でHIVによって大きな被害を受けている中心的集団である。大半の場合、一般的に彼らは、上記の特徴のすべてに当てはまるからだ。他の人々の集まりでも同じ社会的・経済的課題に直面している者は多いが、彼らは特定の中心的集団としてではなく一般人口の一部として、より正しく分類されていることに注意しなければならない。たとえば女性や若者、貧困層は、比較的HIVの感染リスクが高く、また虐待やケアの拒絶などの健康に悪影響を与える変化に対して無防備な集団とされることが多い。

それではHIVは、災害として扱われる状況においても「緊急事態」だろうか？またそのように定義することは必要だろうか？答えはいずれも「イエス」である。

世界的にも地域的にも、またそれぞれの国でも、多くのHIV対策が一過性に終わりがちな理由のひとつは、HIVがどの状況でもほとんど緊急事態として扱われないためである。しかし事態は、最近のニューヨークタイムズ紙が「予測に変更がない限り、HIVは今後も人類最大の災厄のひとつとなる」(McNeil, 2007年)と明快に指摘している通りである。ここでの問題は、あまりに多くの人々が、HIVにおける「人類」を拡大解釈せず、ごく一部に限定して考えがちなことである。この限定的な認識が、おそらく人類全体にとって最大の緊急事態だろう。またこの限定的な認識をあらゆるHIV対策の現場で最初に排除しなければ、適切な対策を実行に移すことはできない。

囲み記事：HIVの猛威の影響

HIVと暴力、性差別の間にある複雑な関係は、HIVの予防・対策プログラムでは無視されることが多い。人道機関にとって「性」とは、女性や少女のニーズのみを指すことがあまりに多く、実際には少年や男性の特別なニーズも含まれることは考慮されない。

HIV予防プログラムの多くは、HIV感染者が誰といつどのような条件でセックスするかについて選択できるとの認識を前提としているが、暴力(特に性的暴力)の下にある感染者にとって、現実とはまったく異なる。

改善のためのステップ

そこで次のような明確なステップを示すことで、暴力防止とHIV予防をより密接に関連付けることができる(「女性とAIDSに関するグローバル連合“The Global Coalition on Women and AIDS”」より)。

- 二国間及び多国間の資金提供により、暴力とHIVの関連に取り組むプログラムへの支援を増やす。
- AIDS予防と暴力防止の活動をできる限り協調させるとともに、現場でこれらの主要サービスを統合するため、障壁を排除する。
- 暴力防止活動、特に子供の保護活動を、評価システムから政策決定・教育システム、責任システムに至るまですべてHIV予防プログラムに組み込む。
- 暴力を防止し、その被害を軽減する根拠に基づくプログラムのため、専用の基金と支援を準備する。世界エイズ連合(Global AIDS Alliance)はそのための専用基金として、資金総額の4~10%を目標としている。
- 女性や子供、弱い立場にある男性への暴力を防止し、HIVへの関与を断ち切る各プログラムの戦略について、その調査と評価のために基金を提供する。

本章は、ニューヨーク（米国）とケープタウン（南アフリカ）を拠点とするフリーランス研究者であり、編集者、ライターでもあるジェフ・フーバーが担当した。囲み記事は、カナダ赤十字社の性的奪取・虐待防止 (Prevention of Sexual Exploitation & Abuse: PSEXA) 担当役員、ガービンダー・シンが担当した。

CHAPTER 2

第3章 人道主義のインターフェース： HIVの視点から

「インターフェース」という言葉は、通常は機械と情報をやり取りする人間をイメージさせる。しかし複雑な緊急事態における災害管理・救援の場では、現実もインターフェース（橋渡し役）のひとつとなる。

それぞれの災害の状況や規模は常に異なるため、さまざまな集団同士の関係、また集団内の関係もその災害に特有の次のような条件によって複雑化する。その災害では大量の移民が発生したか？道路や通信への被害は甚大か？災害発生時の医療や治安、管理システムの状態は？



被害を受けた集団の回復力は各集団で異なり、国や地方自治体の政府の対応能力や援助要請の意欲にも差がある。また援助を提供する組織の側も、それぞれ異なる能力や資源レベルを携えて現場に到着し、さまざまな、時には相反し合う行動計画を掲げる。

災害と開発はもともと複雑に絡み合い、関連付けられているが、過去20年間、HIVはこの関係に数々の課題を投げかけた。これらの課題の中には、現場の状況が変化しニーズが明らかになった時点で救援側に求められる調整によって、比較的簡単に対応できるものもある。たとえばHIV感染者は、常に健康を保つために栄養を必要とすることから、HIV感染者の多い地域に緊急食糧援助を行う際は、食糧配給量と食品の種類を考え直す必要がある（Harvey、2004年）。

しかしサハラ以南のアフリカでは、運営上の課題というよりは社会全体へのHIVの影響によって災害対応にもっと基本的な変化が必要とされている。たとえばスワジランドのHIV対策に関する最近の調査では、HIVの出現によって災害はもはや直線上に個別に発生し、ピークを迎え、終わるものではなく、長期的で多様な対策を必要とするものに変化した、と述べられている。

一方、災害に対応する各人道機関は、常に同じ利害と手法を共有しているとは限らない。人道支援にはさまざまな側面があり、これらに関与する団体や組織も多様である。

これらの機関は、災害救援中心の組織から開発中心の組織まで広範囲にわたるため、継続的な支援についての見解も異なる。しかし一部の大規模組織は、救援と開発が一部で密接に関連することを認識し、その両方を兼ね備えている。

各機関は、使命や利害が異なるとともに、専門技術のレベルも大きく異なる。これはHIVに関して特に顕著である。HIVを事業活動に組み込む努力を惜しまぬ組織もあれば、HIVが重要な要因となる緊急事態に対応できるだけの知識や経験のない組織もある。

オックスファムは、HIV/AIDSを事業活動に組み込むため、最善の方法を慎重に模索している。最新のマニュアルは『人道プログラムとHIV/AIDS:中核化のための実践的アプローチ (Humanitarian Programmes and HIV and AIDS: A Practical Approach to Mainstreaming)』(Walden他、2007年)と題している。このマニュアルは、プログラム・サイクルのすべての段階で「HIVの視点」を利用しなければならないこと、またHIV感染率の基本データが意思決定の重要なデータとなることを示している。

災害対応を特に専門とする一部の国連機関は、以前から積極的にHIVを事業活動の中心に据えている。例えば国連食糧農業機関 (FAO) は、関連機関である世界食糧計画 (WFP) とともに、長年にわたって公的政策で「AIDSを緊急援助に組み込む…これはサハラ以南のアフリカ農村部では第一義的な最大の重要性を持つ。この地域は緊急事態に見舞われることが多く、農村部の貧しい暮らしがHIV感染率の高さと密接に関連しているからである。」との方針を示している (FAO、2001年)。

しかし幅広い人道の「ポートフォリオ (引き出し)」を備えた大規模な組織とは異なり、多くのNGOは、災害の特定分野に限った使命または規範を定めている。その中で国境なき医師団 (MSF) は、災害現場で「最前線」の医療を提供する最も有名な組織のひとつである。MSFは、一般的な主要疾患すべてに対応できるよう医療サービスを計画しているため、HIVへの対応にも力を入れている。10年以上をかけてMSFは、HIV感染者のケアに関する多くの専門知識を蓄え、さまざまな状況下での抗レトロウイルス治療 (ART) のパイオニアとなった。

災害時にHIV関連の救援活動を実施するに当たり、重要な質問が二つある。ひとつは「災害の発生現場はどこか」であり、もうひとつは「災害はどの段階にあるか」である。最初の質問は、おもに災害地域のHIVの感染率と流行期を指す。二番目の質問は、各災害の特定の段階における最善かつ最もコスト効果の高い救援法を指す。

現在、サハラ以南のアフリカと中米・カリブ地域、アジアの一部の国で発生する災害だけが、「広汎流行期 (generalized epidemic)」と位置づけられ、救援活動ではHIVの高感染率に対応する必要がある。世界のその他の地域では、感染率が一般人口で1%未満、かつハイリスク層で5%超の「局限流行期 (concentrated epidemic)」とみなされる。ここでいうハイリスク層とは、薬物注射の常習者 (IDU) や男性同性愛者 (MSM)、セックスワーカーであり、移民や囚人も加えられる場合が多い。この二つの流行期では、治療や予防を提供する際の課題がまったく異なる。

たとえば広汎流行期には、予防プログラムの実施地域が広範囲に及び、対象は全年齢層の男女となる。それに対し局限流行期には、コスト効果を高める必要があればリスクの最も高い集団を慎重に選別し、この集団のみを対象に予防プログラムを実施する。

また災害救助で重要な役割を果たす資金調達や広報の観点からは、一般の男性、女性、子供に影響を与える広汎流行期の方が、社会から取り残された一部の集団だけに影響を与える局限流行期よりもはるかに資金を集めやすい。HIVの母子感染防止(PMTCT)のためにARTを実施したり、HIV/AIDSの感染家庭を支援したりする資金の拠出に反対する政治家や支援者は少ないだろう。しかしIDUの支援のため、またセックスワーカーやMSMのHIV感染防止のための資金集めは特に困難である(UNAIDS、2004年)。緊急時には、この傾向がさらに強くなる。

「いつ」災害が発生したかという質問は、災害がどの段階にあるか、という意味である。これはまた「誰が救援するか」でもある。各救援組織には、それぞれ独自の専門性や優先順位があり、受入国の責任も関連するからだ。そこで突然の危機で発生した災害ほど次の項目が重要となる。

急性期: 残念ながらHIVは、いかなる災害でも初期段階には人道活動上の最優先事項として扱われない。ただし、特に安全な血液の確保(一般的な予防措置や集団検診)や女性と子供の安全確保など一部のHIV関連の介入は当然優先される。これらの介入は、次の段階でも維持されなければならない。また可能であれば、ARTを必要とするHIV感染者を特定し、薬剤が不足している場合はこれを提供する。

緊急事態後/安定局面: 人道機関の関心が保健システムの回復(場合によっては創設)に移る段階は、感染率に応じた費用対効果の高い活動が正当化される段階でもあり、各支援組織は、リプロダクティブヘルス及び性的な衛生状態(妊産婦検診、コンドーム、性感染症(STD)治療など)や結核(TB)管理を主体とした総合的な健康管理の一環としてHIVに介入しなければならない。またとりわけPMTCTサービスや曝露後予防(Post-Exposure Prophylaxis: PEP)などの特別なHIV介入法も導入すべきである。さらに、ARTプログラムをすでに始めている患者は、治療を再開しなければならない。この際、治療に中断期間がある場合は、薬剤耐性の危険性に留意する必要がある(Spiegel 他、2005年)。

長期的計画策定局面: この段階では、「人道主義」の流れと「開発」の流れが最も良く相互作用し、さまざまな部門と政府のHIV対策部門(一般的には保健システム)が円滑に連携しやすいことから、HIV対策の中核化の理念を適用するには最適の段階である。

HIV対応では災害対策が特に重要となるため、この段階では災害対策の課題も検討すべきである。(『兵庫行動枠組』の概念的基礎となった)1994年の横浜戦略は、災害の全体的な影響を軽減するため、災害リスクを持続可能な開発と関連させる必要性、および国と地方自治体のリスク管理・削減能力を強化することで「復興」を進める必要性を訴えた。この横浜戦略は、次の5項目を主要領域として掲げている。

- (a) 統治（組織的・法的管理と政策の枠組み）
- (b) リスクの特定と評価、モニタリング、早期警戒
- (c) 知識管理と教育
- (d) 潜在的リスク要因の低減
- (e) 効果的な救援と復興のための準備

この5項目は、さまざまな部門が共同で開発を中心としたHIV/AIDSへの取り組みを進める場合に適している。(b)のリスクの特定に関する項目では、感染率と地域における弱者層に関するデータ収集が必要であり、災害時に誰がどのようなサービスを必要とするかという疑問を解決しなければならない。また(e)の準備に関する項目では、初期段階で必要なサービス（たとえばART患者への治療薬の提供継続）や、このサービスが中断した場合のできる限り迅速な再開方法を特定しなければならない。

しかし一部のNGOの活動は大胆ではあっても規模が小さいため、準備と導入方法に優れた国家プログラムにとって代わることは出来ない。今日では、難民や国内避難民へのAIDSの長期治療やHIV予防サービスのため、政府が二国間支援や多国間支援によってさまざまな資金を調達できるようになった。また弱小国や慢性的な紛争を抱える地域には、支援組織が資金を拠出する。さらに現在は、救援機関と開発機関、HIV関連機関が協力しやすい環境（既に各国が導入している協力のためのメカニズムに沿うことが望ましい）や、異なる組織同志が得意分野を最大限活用する体制も整っている。

最後に、国が「平時」にHIV事業を計画する能力を養うと、広汎流行期であっても、また社会から取り残された集団だけの局限流行期であっても、救援/開発の際に最初からHIV対策が効果的に実施できる。その結果、（従来の意味での）災害において、復興力が高まり初期段階の対策が迅速化するとともに、感染率の高い国々が長期にわたる複雑なHIVの災害に真正面から取り組むことができるようになる。

囲み記事：HIV/AIDSの中核化—オックスファムの挑戦

オックスファムは、HIV/AIDSを活動のあらゆる局面で中心に据えるために、二つの基本的疑問、「彼らのプログラムがHIV/AIDSにどのような影響を与えるか」、「HIV/AIDSは彼らのプログラムにどのように影響しうるか」の答えを求めた。

ウガンダ北部の国内避難民キャンプで、HIV感染者の家族に水衛生プログラムが導入されている。これは、子供だけの家庭やAIDSによって衰弱している家庭に、使いやすい給水ポンプを設置する取り組みである。また慢性病の家族がいる家庭の水は

無料にすることで、コミュニティが合意した。この地域の住宅プログラムも、少女がレイプやHIVに対して弱い立場にあることに配慮している。たとえば女性専用の仮設住宅では、トイレの照明を明るくして少女の宿泊用シェルターとしているのを、オックスファムをはじめとするNGOが確認している。

またザンビアの食糧危機での例を挙げると、オックスファムは、遠隔地のサプライヤーから食糧をトラックで運んでいた。そのため運転手は、現地の宿泊施設で一泊しなければならない。そこで

オックスファムは、運転手にコンドームを配布し、HIVの情報を提供して注意を喚起した。

さらにオックスファムは、自らの組織運営慣

行の面でもHIVが中心軸となるよう努めている。組織内部でHIVを中核化するには、よく知られているように、方針や慣行によってその組織がHIV対策に対し積極的に関わられるようにする。

本章は、公衆衛生問題が専門のフリーランスのライター兼編集者、アンドリュー・ウィルソンが担当した。囲み記事は、ロンドンを拠点とするHIV/AIDS専門のライター、レスリー・ローソンによる。

第4章 HIVと人口移動: 神話と現実

現代は、かつてないほど人口移動の激しい時代である。大勢の人がさまざまな自主的または強制的理由から、一時的、季節的もしくは永久的に国内、国外へと移動する。その一部は居住目的、または長期滞在目的の移民である。その他大勢は、運輸業者や貿易商などとして頻繁に往来する。HIVはこれらの人々を送り出す集団にも、また受け入れる集団にも、さらに移動ルート上の地域に住む集団にも災害をもたらすことがある。

国際移住機関 (IOM) は、2008年の移民を2億人と推定している。人口移動のパターンがますます広域に拡大し、現在では大半の国が多かれ少なかれ移民の出身国であり、中継国であり、同時に最終目的国ともなっている (IOM、2008年)。また一部の国では、国内を移動する集団も多い。たとえば中国の国内移動人口は、1億~1億5,000万人と推定されている (Tucker他、2005年)。

HIV/AIDSは、新たな移住パターンも生んでいる。たとえば農業生産の低下による農村部から都市部への移住増加や、健康な移民がAIDSによって死亡した労働者の欠員を埋めるための移住、HIV感染者が医療施設や医療提供者の近くに移るための移住、患者が家族のケアを受けるために出身地に戻る移住、一家の稼ぎ手が発病し他の家族が仕事に就くための移住、HIV感染者が地域社会での差別を避けるための移住、夫婦のどちらかが死亡したための移住などである (Crush 他、2005年; IOM、2005年)。

HIVは、貧困によって流行することが多いものの、不平等や経済変化にも関連している (Piot他、2007年)。経済成長や近隣諸国との貿易の増加が、特に運輸業者の移動を促進し、輸送ルートに沿って風俗産業が発展する。移民はHIVを拡散させていると不当に非難されることもあるが、実際は感染率の低い地域から高い地域へと移動しているだけのことが多い。そのためバングラデシュやパキスタン、フィリピンなどのHIV感染率の比較的低い国に戻った移民らは、現地住民よりもHIVに感染している可能性が高い (CARAM Asia、2007年)。フィリピンで登録されたすべてのHIV感染者のうち、約35%が海外からの帰国労働者であり、2006年に登録された新規感染者の42%もそうであった (CARAM Asia、2007年)。

すべての移民や移動集団で、HIVのリスクが等しいわけではない。そのため、リスクの最も高い集団に優先的に介入する必要がある。たとえばラオスでの行動調査によると、移動



季節労働者の男性のうち過去12ヵ月間に商業的なセックスパートナーと交渉があったのは、ほんの6%だった。同じ調査で軍人は12%、警官は24%、トラック運転手は31%だった (Family Health International、2006年)。

人口移動を促進している潜在的要因の多く (資源配分の不平等や地方の失業率の高さ、社会経済的不安定さ、政情不安) は、移動する人々のHIV感染率を高める原因ともなっている。移動していること、また外国人であることによって、移民は出身国、中継国、最終目的国、帰還国のHIV対策から漏れる恐れが高いためである (IOM、2002年)。

HIVが移民にとって最も緊急の健康問題になることは少ない。肉体的暴力や劣悪な環境での違法な監禁、危険な仕事、性的虐待、精神衛生上の問題、結核などの感染症の方が、HIVよりも優先されることが多い。HIVの複雑な課題はもちろん、これらの問題も移民の権利が尊重され、守られない限り円滑に解決されることはないだろう。

HIV陽性の移民や、抗レトロウイルス薬を服用している移民は、さらに別の課題に直面している。HIV陽性移民の受け入れ前検査や排除は、一部の移民が陽性であることや薬の服用を隠して国境線を越えることを意味する。そのため、これらの移民が移動の過程で抗レトロウイルス薬の服用を継続できるかどうかは、彼らだけでなくすべての人の利害に関わる。薬の服用を中断するとHIVの薬剤耐性菌が発生しやすくなり、個人的にも社会的にも危険が迫ることになる。しかし政府の保健制度では、不法滞在移民 (「規則外の」移民ともいわれる) は救急医療以外のサービスをほとんど受けられない。

サハラ以南のアフリカでは、移動の激しい鉱業や輸送業がHIVの早期拡大や迅速な拡大を促した結果、AIDSは既に多くの地域でコミュニティが対応できる範囲を超えている (Williams、Gouws、2001年; Crush他、2005年)。他にも農場労働者や建設労働者、家庭内労働者、工場労働者、芸人、非公式貿易業者などがHIVの拡大に拍車をかけた。

女性も国内を移動する。サービス業や工業の分野で女性労働者の需要が高まるにつれ、また社会が女性の移動を許容するようになるにつれ、女性移民の割合が高まる。しかし移動によって、女性がHIVに感染する機会も高まることが多く、特に女性不法滞在者は搾取や虐待から逃れることが難しい。

IOMによると、過去数十年間で世界の移住者に占める女性の割合は大きく変化していないものの、各地域特有の傾向がある。ラテンアメリカは、世界の途上国のうち国外から移住する女性の割合が最も高い (54%)。特にインドネシアやフィリピン、スリランカからの移民のうち女性は、約60%を占める。またオセアニアでも、2000年以降、女性の移民が男性の数を上回っている (IOM、2008年)。最近では、マレーシアへ向かうカンボジア移民のうち、ほぼ4分の3は女性である。これらの女性の大半が家庭内労働者で、一部は工場労働者や店員、プランテーション労働者、建設労働者となる (Lee、2006年)。

年間約80万人が国境を越えて人身売買され、さらに数百万人が自国内で売買される。国境を越えて商業的・性的搾取のために人身売買される犠牲者の大半は女性である（米政府、2007年）。人身売買が容易にはびこる構造的原因には、貧困や教育の不平等、法的制裁と取締りの欠如、および女性や少女の人権を軽んじ、低くみなす社会的・文化的な意識や慣習などがある。

2006年に東南部とアフリカの三ヵ国で人身売買された女性について調査した結果、これらの女性たちは、タイなどはるか遠方から売買されていることがわかった（IOM、2006年）。HIV感染のリスクは、これらの女性が被った性的暴力や精神的トラウマによって増大した。2007年のある調査によると、ネパールに帰還した性的人身売買の被害女性は、HIV感染率が高いことがわかった（38%）。人身売買された年齢の平均は17歳だが、被害に遭った年齢が低いほどHIV陽性率が高い（Silverman他、2007年）。

人身売買を防止するには、国際協力と地域協力が欠かせない。2003年以降、「南部アフリカ人身売買反対支援プログラム（Southern African Counter-Trafficking Assistance Programme:SACTAP）」は、南部アフリカの人身売買に取り組む政府と市民団体を支援するとともに、犠牲者の援助と一般市民の周知向上に努めている。SACTAPの教育訓練には、性感染症（STI）やHIVなど、人身売買による健康への影響が含まれている。

そこで次に人口移動に関連するHIVの国際的、地域的、国内的対策について述べ、HIVをもたらす潜在的原因に対処する必要があることを説明し、実行可能な具体的なステップを提案する。

「すべての移住労働者とその家族の権利の保護に関する国際条約」は、すべての移民（不法移民を含む）に「生命の維持や回復不能な健康被害の回避のため緊急に必要となるあらゆる医療を、当該国の国民と同様の程度を基準に受ける権利」を保証している（第28条）。合法移民は、それぞれの制度への加入義務を満たしている場合、当該国の国民と同じ医療を受ける権利を有する（第45条）。ただしこの条約は、2003年に採択されたため、批准している国は40ヵ国未満であり、これらはいずれも移民労働者を大量に受け入れている国ではない。

地域的な事業や各国の政府間事業、および国連の「東南アジアと中国南部の人口移動とHIVへのリスク削減のための地域特別委員会（Regional Task Force on Mobility and HIV Vulnerability Reduction in Southeast Asia and Southern China: UNRTF）」などの利害関係者による事業によって、さまざまな地域の移民出身国と受入国が意見を交換し、経験を共有する場が与えられている。しかし移民労働者に対するHIV検査の強制などの問題では、これらの国の政策ギャップは大きいままである。

残念なことに、各国の政府間事業や開発組織、支援団体らの対応が分裂したり対立したりする場合がある。たとえば2006年、世界エイズ・結核・マラリア対策基金は、西アフリカのHIVと人口移動に関する地域対策に1,900万ドルの予算を承認したが、2007年には

ASEANが提案する東南アジアでの同様の対策を却下した。人口移動に関する地域の話し合いは重要だが、これがすでに効果を発揮している移民や移動集団への実用的介入を拡大するための緊急国家対策の代用となってはならない。

人口移動は、経済機会への要求が原因となることが多い。多くの国では農村部の開発の遅れが都市部への大量移動を生む。このような状況では、国内移動の自由を制限する法律は効果がなく、自分も家族も医療や教育サービスを受けられず、また、選挙権のない貧困労働者層が生じることが多い。

人口移動に関するHIVへのリスクは、文化的・経済的・政治的要因と複雑に絡み合っている。実効性のある解決策を見出すためには、これらを理解し、認識する必要がある。

必要な政策、特にHIVが社会に蔓延する原因を個人のリスク管理能力の責任に帰せず、蔓延するに至った構造的・環境的原因に対処することは、難しくはないが気が重くなる作業である。そこで上記の具体的なステップを次に記す。セックスワークを犯罪とみなさず、安全性を高める。医療サービスを受けるために居住者資格を必要とする制度を廃止し、すべての人に無料で利用しやすいSTI/HIVサービスを提供する。雇用現場での性別に基づく差別の禁止を強化する。農村部の開発に投資し、若者に都市生活以外の選択肢を提供する。移民の経済への貢献、およびその他の人口移動上のメリットを調査し、公表する。メディアと連携し、移民や人口移動に対する一般市民の悪い印象を払拭する。HIVへのリスクに対し、緊急対応しない場合に予想される経済的・社会的損失を評価する。

しかし最も有効な解決策は、当事者である移民との協議でのみ見出すことができる。そのためには彼らに発言の場があり、その発言に耳を傾けることが前提となる。移民や移動する人々が自らHIVや人口移動の課題に対応する力がどの程度あるか、これが成功を左右する鍵となる。

囲み記事：性差別に配慮した包括的取り組みの重要性

トラック運転手などの「ハイリスク集団」のみを対象とすると、たとえば性交渉の相手が複数いる男性の妻といった大規模集団のリスクに対応することができなくなる。インドでは、オックスファムと「南オリッサ・ボランティアアクション (SOVA:South Orissa Voluntary Action)」が、部族地帯の自助グループ支援の一環として、種子と肥料の購入や政府の配給制度の管理をサポートすることで女性の個人的・集団的能力を強化

している。SOVAは、これらの集団をHIV情報の伝達のためにも利用できることに気付いた。この方法で地域社会と協力し、トラック運転手に情報を伝達するための課題も克服した。また性交渉における女性の自主性を高めることもできた。さらにオックスファムの報告によると、セックスワーカーは現在、以前よりはるかにコンドームを使用しないセックスを拒否しやすくなり、HIV関連の偏見も少なくなった (OXFAM、2006年)。

本章と囲み記事は、途上国でHIVの法的・政治的対策に関するコンサルタントを務めるデビッド・パターソンが担当した。

第5章 難民と戦争が HIVに与える影響

東ルワンダの都市、ルワマガで先日の午後、ある支援グループが小さな教会に集まった。聞こえてきたのはほとんど女性の声だった。彼らはHIVとともに生きる経験を共有するために集まったのだ。集会の後、1人の女性が多くの女性の気持ちを代弁した。「私たちが現在直面しているHIV感染は、大量虐殺によってもたらされたものです。」

一部のルワンダ人にとって、戦争はHIVと直接結びついている。数え切れない生存者が、戦時下に繰り返し受けた残忍なレイプのためにHIVに感染した。また他の生存者は、戦争によって家族や社会が崩壊した結果、国内外を移動し、時には生きるためや自分を守るために売春に関与し、HIVに感染しやすくなった。しかしルワマガの支援グループの女性らは、どのようにHIVに感染したかに関わらず、多くが戦争の長い後遺症の中で同じ問題を抱えている。その問題とは、大量虐殺によって家族を失った女性には、病との闘いを支えてくれる人がいないということである。

ルワンダは、大量のレイプや紛争、強制移住がHIVの大流行に多角的で複雑な影響を与えた多くの国のひとつにすぎない。HIV感染率の高い国のうち、約半数が2002～05年に大きな紛争を経験している。HIV感染者の数が最も多い15カ国のうち8カ国、15歳未満の子供のHIV感染者とAIDS患者が最も多い15カ国のうち7カ国、17歳未満のAIDS孤児が最も多い15カ国のうち6カ国がこの条件に当てはまる (UNICEF)。



大量の人口移動を生む紛争の多くは、民間人同士の間での争いである。2006年、苦境に立つ3,290万人が、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) の保護と支援を受けた (UNHCR、『世界の難民状況2006年 (2006 Global Trends)』2007年7月改訂版)。UNHCRの権限は、難民と国内避難民 (IDP) の一部にしか及ばないため、実際に武力紛争やその後遺症の影響を被っている人々の数は、これよりも数百万から数千万人多いと思われる。

最新の調査では、難民が帰還するまでの期間の平均は17年だった (UNHCR、2004年)。一般の認識とは異なり、難民の多くは、キャンプではなく受入国のコミュニティで生活している。これは彼らのHIVへの暴露がただちに周辺のコミュニティの暴露に繋がることを意味する (UNAIDS/UNHCR、2007年)。

紛争によって、教育システムや社会事業も混乱するため、子供や大人たちがHIVについて学ぶ機会がなくなる。そのためHIV感染率の低い地域から高い地域へと逃げる集団が危険に曝されたり、紛争終結後、それまで物理的に隔離されていた地域の交易や交流が再開されることでその地域の住民のリスクが高まったりする。また平和維持軍など軍隊と接触する集団も危険に曝される。なぜなら兵士のHIVその他の性感染症 (STI) の感染率は、一般市民の数倍高いこともあるからだ。

公共・民間衛生サービスも、戦火によって打撃を受ける。平時の医薬品や医療器具のサプライチェーンは崩壊する。滅菌された医療器具やHIVなどの病原菌が含まれていない血液は、確保がますます困難となる。これは紛争の影響を受けた集団が安全で包括的な医療サービスを最も必要とするまさにその時に、そのサービスを楽しむことができなくなることを意味する。

HIVは、紛争地域の住民や難民に対する国際的な対策が本格的に始まる何年も前から世界中を席卷していた。にもかかわらず紛争その他の緊急事態では、当初HIV/AIDSへの対策が必要と考えられていなかった。しかし1990年代半ばになって、この認識に変化が生じた。各救援機関は、包括的なサービスが提供できるようになるまでの間、活動家らが緊急事態に使用できる最低限の初期サービスセット (Minimum Initial Service Package: MISP) を開発した。そのガイドラインでは、安全な出産やレイプ後の処置、避妊 (無料で提供するコンドームを含む) のための基本セットの配布と使用、および医療器具と輸血用血液の滅菌の実施が定められている。

「スフィア人道憲章と災害援助に関する最低基準 (Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response)」は、災害の影響を受けた人々の水や公衆衛生、食糧、栄養、避難所、医療など最低限の必要性を満たすため、人道機関が実施できる対策について述べている。スフィアは、MISPを標準装備のひとつとして取り入れ、2004年のマニュアル改訂以来、HIV/AIDSを多分野にまたがる問題として組み込んでいる。スフィアは、すでにHIV/AIDSとともに生きる人々を、緊急時に特別の意識と注意が必要となる弱い立場にある集団と特定している。また慢性疾患に関するスフィア・スタンダードは、HIV/AIDSの感染率の高い環境にも適用されるべきである。

またUNHCRによると、緊急時には、多分野で最低限必要なHIV/AIDSへの介入を早期に実施し、その後に包括的な予防やケア、治療を国家事業と一体化して進めなければならない。類似したサービスや不平等なサービスを回避するためにサービスを統合すると、コストが削減され、不平等をめぐる移民と受入国の緊張や紛争もなくなる。

しかし人道機関によるARTなどのHIV関連サービスの提供の増加につれ、暴力、移動、収容所生活、帰還という紛争のサイクルに沿った各局面で、さまざまな課題に直面することになる。

低所得国のHIV対策につきものの課題は、紛争によってさらに悪化することが多い。

たとえば医療関係者の不足や医療の障壁などがこれに当たり、現場の医療インフラの状態に関わりなく多様な疾患に同時に対応しなければならなくなる。また地域が孤立し、治安が悪化すると、必要な医薬品や医療器具の供給が複雑化する。一方患者は、生きるための闘いや、暴力と肉体的・精神的トラウマ、心の支えだった人の死によって、医療サービスやケアを受ける意思や必要な治療を継続する意思を失いがちである。

また都市部に居住する難民は、難民キャンプに居住している場合よりもさらにサービスに接触しにくくなる。難民自身が医療を受ける権利があることに気づかないことや、医療機関の受診を恐れることがあるため、サービスを不当に拒否するが多い。言葉や文化の違いも、受入国の医療を受ける際の障壁となりうる。

人道機関は、HIV感染率の高い地域やHIV患者の多い地域の紛争や緊急事態への準備を怠ってきた、と指摘する専門家もいる。2007年12月、激しい対立を生んだケニアの大統領選挙後に起こった暴動は、この問題の試金石となった。国境なき医師団やケニア赤十字社のスタッフは、ART患者を求めてIDPキャンプを戸別訪問した。またケニア保健省は、無料の救済ホットラインを設け、これを宣伝した。それにもかかわらず、一部の患者が行方不明となり、地元住民とともに農村部へ強制的に、または自主的に移住したIDPとは連絡が取りにくくなり、キャンプに住むAIDS患者は適切な栄養などの付帯サービスを受けにくいと感じた。

緊急時のHIV感染への準備と対策については、さらに詳しい検討が求められることは明らかである。緊急の優先事項が他にも山積する中で、HIVを人道支援活動の協議事項として掲げ続けることは、常に困難が伴う。

また一部には、懸念材料もある。国連改革のひとつとして、人道援助の組織構造が変化し、保健をはじめとする各部門の救援活動従事者らは現在「クラスター」システムに組み込まれている。そのため専門家らは、複雑な人道的緊急事態の救援の最前線で、リプロダクティブヘルスを懸命に守らなければならなくなった。

紛争や人口移動に関しては、HIV関連の課題やリスクが多々あるが、一方でヘルスケアを改善し、人々を守る機会となることも多い。紛争によって、普段から医療サービスの乏しい辺境の低所得地域に人道機関の注目を集めることができる。そのため、紛争中・紛争後の人道機関の存在や、組織の財政的・技術的資源および物流面での資源によって、大多数の人々、特に社会から取り残された人々にとって、それまでは無かったか高価すぎたHIVの予防やケア、治療サービスを受ける機会が訪れる。

HIVの関連サービスは、都市部よりも難民キャンプの方が提供しやすい。キャンプの住民は、簡単に特定し、接触することができる。実際の調査でも、紛争後に帰還した難民は、HIV予防プログラムを受けているため、移動しなかった住民よりもHIVの情報について詳しく、リスクの高い行為を避けることが明らかになった (Spiegel P、Nankoe A、2004年)。

結論として、HIVと紛争、人口移動の関係は、複雑で現場の状況ごとに異なる対応が必要となる。そこで次のような対策が望まれる。

- 1) 緊急事態は、なるべく早く基本的なHIV予防やその関連の介入を優先させ、難民やIDP、受入国の住民に包括的かつ統合的な予防、治療、ケア、支援のサービスを提供できる体制を構築することが重要となる。
- 2) 難民や紛争の影響を受けた集団に対する包括的なHIV介入は、他の状況での介入と同じではあるが、特にリスクの軽減（食糧の確保を含む）や文化と言語に配慮したサービスの提供、復員兵と性的暴力の被害者の支援などに注意を払わなければならない。HIV予防については、リスクの高い習慣の排除やコンドームの使用促進、性的暴力への反対（および被害者へのヘルスケアサービスの提供）、医療器具と医薬品、輸血用血液の安全性確認、HIVの曝露予防、HIVのカウンセリングと検査、母子感染防止、STIの管理などを中心に実施する。
- 3) HIVのケアと治療、支援も同様に、ARTだけに偏ることなく、日和見感染症の予防と治療や精神的・栄養的・経済的支援（孤児や社会的に弱い立場の子供を含む）、痛みの緩和などを含めた包括的かつ継続的なものであることが望まれる。
- 4) 効果の高い対策を持続的に実施するためには、組織の能力強化も必要となる。その手段としては、可能であれば被害を受けた地域社会でのヘルスケア専門家の採用や教育、および物理的なインフラやサプライチェーン、検査サービスの整備などが挙げられる。

囲み記事：ケニアの緊急事態におけるHIV感染者へのARTとヘルスケアの提供

2007年12月27日、激しく対立した大統領選挙によって、ケニアで不満が爆発し暴動が発生した。暴力は急速に部族間の騒乱と流血に発展し、最大で1,000人が死亡したと推定されるとともに、30万人が家を失った。

ケニアのHIV感染率は、1990年代終わりに10%の高感染率を記録したが、2006年には5.1（4.6～5.8）%に低下したと見られていた。ケニア政府は2006年、5万5,000～10万人が新たにHIVに感染したと推測している。これは過去の推定人数から大幅に低下している。また政府は、ARTプログラムが功を奏した結果、3万5,000人の命が救われたと見ている。しかし選挙後の

騒乱によって生じた人口移動によって、この成功に影がさした。

騒乱時に、保健省は移動人口のうち1万5,000人がHIV感染者、そのうち6,750人にARTが必要であり、2,550人は地元でARTを投与されていたと推定した。

保健省は迅速に対策を講じ、ARTの中断に関する臨床管理法のガイドラインを医療関係者に提供した。

また複数のNGOが、国中でHIV患者の行方を追跡する新たな方法を探った。国際的な人道医

療機関、国境なき医師団は、国内で無料のホットラインを設置した。

ケニア赤十字社とケア・インターナショナル (CARE International) は、移動を余儀なくされた人々の基本的ニーズを満たし、食糧を配給し、キャンプに水と汚物処理設備を供給し、蚊帳などの食糧以外の物資を配給している。

UNAIDSとケニア赤十字社、WHO、その他の組織は、治療の中断に対して次の対策を実施するため、問題の規模の迅速な評価と確定が必要であると強調した。

1. ARTの患者に関し、治療の継続/中断を管理するための予備費を計上する。
2. 必要な心理社会的支援、および検査キットや曝露予防 (PEP) キットをすべての地域で確保する。
3. すべての救援活動に合わせた、特に家を失った人々の支援活動に合わせた包括的なHIV情報キット (コンドームやARTの中断を管理するガイダンスなど) を準備する。
4. 慢性病患者向けには、適切な救援食糧セットと厳しい気象条件から身を守るための特別な装備品を確保する。
5. 日和見感染症 (特に結核) や性感染症を治療する。

本章は、国際的な公衆衛生問題に関する記事を出版物や電子媒体に発表しているシェリ・フィンク博士が担当した。囲み記事は、米国赤十字社のテクニカルマネージメント担当ディレクター、パット・マクラフリンが執筆した。

第6章 HIV/AIDSと自然災害

自然災害が発生すると、HIV陽性者は健常者と同じように悪影響を受ける。しかし特にHIV感染者が大きな被害や、特有の被害を受ける要素もある。たとえば災害によって医薬品の供給が乱れると、あらゆる人が不利益を被るが、抗レトロウイルス薬を服用している患者にとって服薬パターンの乱れは薬剤耐性の原因となりかねない。また食糧不足は誰にとってもつらいが、HIVと生きる人々の栄養失調は、感染を進行させる原因となりかねない。

同様に、水の供給の乱れは、様々な理由で進行性HIV感染者にとって大きな問題となる。たとえば食事の準備に清浄な水を使うことが、特に腸内感染に弱いHIV感染者の感染リスクを抑え、口内に潰瘍や発疹のある患者にも食べやすい食事を作る上で重要な条件となる。またHIV感染者は、下痢に悩まされることが多く、脱水症を避けるためや経口薬を服用するために多めに水分を取る必要がある。さらに進行性AIDS患者のケアでは、衣服やベッド、患者の体を頻繁に洗浄する必要がある、トイレを水洗する回数も多くなる。



一方、各AIDS対策支援組織は、災害発生時にリスクの高い行為や性的暴力その他のHIV感染率を高めかねない問題が増えると訴えることが多いが、これらの問題がどの程度発生しているかを実際に調査したことはほとんどない（特定の紛争におけるレイプの問題を除く）。

確実なことは、HIV予防策には、途中で中断できるものもあるということである。例えばコンドームの配布は（時には長期間）中断できるが、無防備なセックスのために確実にリスクが高まる可能性がある。またカウンセリングや検査、リスクの高い習慣を改めるための情報伝達などのHIV予防活動は、医学的介入を優先する場合、保留されることも珍しくない。これらの措置は当然であり、

基本的な生存のためのニーズを優先すべき環境では必要でもあるが、中断されたサービスを可能な限り早期に再開することも重要である。また非常時に出産したHIV陽性の母親は、別のリスクに直面する。それは、HIVの母子感染を防止するための医学的介入が受けにくい、というリスクである。

局限流行期（特定の個別施策層でのHIV流行が5%を超える段階と定義される）の地域での災害を想定した一般市民向けのHIVと災害に関する議論では、薬物注射の常習者や男性囚人、男性同性愛者（MSM）、セックスワーカーなどのいわゆるハイリスク集団に対する配慮がほとんどない。

世界の一部の人々にとっては、短期間の予測不可能な異常気象や地震よりも、人口増加や持続不可能な生産システム、不適切な開発と自然現象が連動した「緩慢な災害」の方が危険である(ただし緩慢な災害が異常気象などの自然災害を引き起こしたり、増幅させたりすることもある)。このような環境悪化は都市部やその周辺の住民にも深刻な被害を与えうるが、最も被害を受けやすいのは、たいてい農村部の住民、つまり、サハラ以南のアフリカやラテンアメリカ、カリブ地域のHIV広汎流行期の国々に住んでいる人々になる。

自然災害の多くは、一般市民のHIV感染率が比較的低い地域で発生している。その一例が、アジア各国に壊滅的な被害を与えた2004年12月26日のスマトラ沖地震に伴う津波である。死者・行方不明者は23万2,000人以上、家を失った人は数百万人で、この地域と被災国の経済は大きな打撃を受けた。一方では人道支援の輪が急速に広がり、先進国の人々から前例のない額の使途指定のない寄付金が集まった。

被災国のうち、タイだけが広汎流行期にあった(成人感染率約1.4%)ため、組織ぐるみの予防策とHIV感染者への治療が施された。他の一部の国は、特定の個別施策層が局限流行期にあった。しかし津波被害のあった地域の大半はHIV感染率の低い地域だったため、救援活動は他の優先事項に集中した。たとえば被害の大きかったインドネシアのスマトラ島では、初期のHIV対策は、医療現場での一般的な感染防止策を確実に実施する程度だった。ただし外部から救援にきた感染者が地域にHIVリスクを持ち込むことも考慮し、人道支援に従事する約4万5,000人の常駐・正規職員向けに研修会が開かれた(UNAIDS、2006年)。

以降、数週間から数カ月かけて被災国の沿岸地域の医療サービスが復旧した。この災害をきっかけに、被災地域の緊急システムを強化するさまざまな活動が始まった(Morgan他、2006年)。その活動のひとつが、アジア太平洋地域HIV感染者ネットワーク(Asia Pacific Network of People Living with HIV: APN+)と国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)が共同で実施する調査で、インド、インドネシア、スリランカ、タイのHIV感染者への短期・長期的影響を聞き取り調査した。しかしこのプロジェクトでは、各国でHIV感染者が比較的「判別しにくい」こと、またHIV感染者の現地組織がどの地域にも存在しないことから、聞き取り調査の対象者を見つけにくいことがわかった。

この調査からは、興味深い事実も浮かび上がった。それは災害直後に多数の医療サービスが提供されたこと、また人々が一斉に医療機関を受診したことで、自らのHIV感染に気づいた人が増えたということである。一方で調査報告書には、最も重要な危機管理計画にHIV感染者の代表組織をもっと関与させること、また「災害時、平時にかかわらず」現地の支援サービスをもっと増やすこと等の提案も含まれていた。

各人道支援機関や報道関係の報告書を総括する等の提案も含まれていた。自然災害発生時にHIV感染者のニーズに応える現実的・的確な対応が増えている。そのひとつは、公共医療サービスと世界の支援国、NGOの連携である。たとえば2007年8月、ペルーの大地震の直後に保健省は、二つの医療チームを被災地に派遣し、HIV感染者と多剤耐性結核患者の健康状態を確認し、セックスワーカーを調査させた。医療チームは抗レトロウイルス薬と

コンドームを持参し、供給不足を補った。この措置は、CAREペルーを通じた世界エイズ・結核・マラリア対策基金の支援によるもので、同基金のペルー支部コーディネーターは「我々の主な目的は、耐性菌が発生し、抗レトロウイルス薬が治療効果を発揮しなくなるのを避けるため、患者が服薬を続けられるようにすることです」と語っている（CARE、2007年）。

HIVの事業計画では、介入を円滑にするために政治家のリーダーシップと支援が不可欠なことは言うまでもない。またこれは同時に、災害対応時にHIVの優先性を維持するためにも、さらに真に多分野横断的なHIV対策を実行するためにも必要となる。リーダーシップと多分野横断的な対策の成功例が、2007年2月末にモザンビークを襲ったサイクロン・ファビオとその後の大洪水の救援活動である。同年4月5日、国家エイズ評議会（National AIDS Council）は、「HIV/AIDSと災害、二重の緊急事態」との議題を掲げ、チモイオ（マンニッカ州の首都）でハイレベル会合を召集した。首相が議長を務めるこの会合には、大臣や高級官僚、州知事、地方自治体の代表者らが出席した。この会合で、洪水とサイクロンの被災地でHIV/AIDS対策を支援する緊急プログラムに着手することが決まり、州知事らが5つの重点活動分野（連携、在宅ケアと治療、HIV/AIDS感染者への栄養補給、子供の保護、子供と若者の予防）を記した共同文書に署名した。

もちろん自然災害への準備は、緊急対応の効果を高めるためにも、また住民の災害からの回復力を高めるためにも不可欠である。しかし自然災害に備えるためには、兵庫行動枠組その他の国際的ガイドラインが強調するように、さまざまな活動が必要となる。そこでHIV感染率の高い地域では、災害対策に重要な動向が見られるようになった。そのひとつが、従来型の開発プロジェクトを危機管理計画やHIV予防と組み合わせた、包括的な取り組みの導入である。HIV感染率の高い地域が緩慢な災害や慢性的な食糧不足に見舞われた時、人道機関に求められるのは、開発プロジェクトを幅広い分野に適応させる対策である。

結論として、自然災害向けの最善のHIV対策は、すべての災害におけるHIV対策と同じである。よりよい緊急対応のためには、被災地に特有の疫学的状況を考慮した上で、既存の公的機関が災害に耐え、可能な限り早期に必要な医療サービスを再開できるよう能力を強化する計画が欠かせない。同時に、HIV対策の開発関連の側面も考慮しなければならない。特に慢性化のリスクのある地域では、HIVが社会・経済を弱体化し、人々の災害回復力を損なうことを考慮し、これに対処しなければならない。ポール・ハーベイが述べているように「HIV/AIDSは長期にわたる災害である。人道機関には果たすべき役割があるが、それは幅広い支援活動のほんの一部であることを認識し、彼らのできることとできないことを明確にすべきである。」（Harvey、2004年）

囲み記事：宗教的リーダーとHIV感染者が団結する時

2007年、世界25カ国で救援・開発活動を行う機関、イスラミック・リリーフは、イスラム教の国際的なHIV協議機関、特に災害救援に関する機関が無いことを受けて、「イスラムとHIV/AIDSに関する協議会 (Consultations on Islam and HIV/AIDS)」をヨハネスブルグで結成した。これは、HIV関連の活動にイスラム教徒が参加していない現状を緊急に解決する必要があるとのイスラミック・リリーフの認識によるものである。

5日間にわたり開催された協議会には、50カ国以上の専門家や経験者が集まった。その中には、イスラム教の学者、HIV感染者、HIV専門家や医師もいた。

この協議会では、救援活動が過度に単純化されていることが多いため、特に自然災害の現場では問題を効果的に解決できないことがわかった。参加した学者の一人は、次の例を挙げた。「災害で親を失い、ホームレスになりやすい子供、HIVに感染しやすい子供たちの問題を話し合いました。孤児は最も近い親戚の世話になるべきだという伝統的なイスラムの対応は、この場合十分でなく、実際には不可能なことが多い

のです。」

「災害で親を失った多くの子供たちには、支援の枠組みがほとんどありません。彼らは性的虐待を受けやすく、生きるための食糧や避難場所を確保する手段として商業的セックスに携わる場合もあります。このような環境の子供たちにモラルを説いても、あまり意味がありません。それでは何ができるでしょう？この種の多数の問題について、意味ある解決策を見つけたと感じるまで、十分話し合うつもりです。」

「イスラムとHIV/AIDSに関する協議会」は、困難かつ異論の多い問題に取り組むために作られた。議題は、セックスワークや薬物注射の常習者、戦時や災害時その他の社会混乱時のHIV予防策だけでなく、社会的に弱い立場にある子供たちの強制検査や相続権、ケア問題までさまざまである。

この協議会の大きな成果の一つは、出席したHIVに感染したイスラム教徒によって世界的なHIV感染者ネットワークが作られ、メンバーが互いに支援し合い、イスラム世界の政策や行動指針におけるHIVの優先性を高めたことである。

本章は、公衆衛生問題が専門のフリーランスのライター兼編集者、アンドリュー・ウィルソンが担当した。囲み記事は、イスラミック・リリーフ・ワールドワイドの政策研究部門責任者、ウィレム・ヴァン・イーケレンによる。

第7章 HIV/AIDSの財政: 資金はどこへ?

低～中所得国のAIDS対策のための推定年間経費は、1996年は3億米ドル未満だったが、2001年にはこれが16億米ドル、2007年には100億米ドルへと増大した。国連合同エイズ計画 (UNAIDS) の予測によると、2010年までに誰もがHIVの予防・治療・ケア・支援を受けられる体制にするためには、年間経費の急増は避けられず、2010年には総経費が400億米ドルに達する。この経費の70～80%は、HIV/AIDSによる負担が大きく、支援国の財政援助に頼っている低～低中所得国向けのものである (UNAIDS、2007年)。

支援国からさらに多額の援助金を引き出すのは簡単ではない。1970年の国連総会決議以降、各国政府は国民総生産 (GNP) の0.7%を目標に、政府開発援助 (ODA) の増額を繰り返して約束してきた。しかしこの約束を実行したのは、ほんの数カ国だけである。他の国の援助



額は目標額よりはるかに少なく、そのために支援国の援助枠と低～低中所得国の社会経済を適正なレベルに向上させるための要求枠との間には、常に大きな隔りがある。他の国際援助機関 (各種基金、非政府組織、民間企業など) は、その惜しめない支援に感謝されるものの、この隔りを埋めるほどの資金力を決して持ち合わせていない。

同様に、ODAの総額に占める単一疾患、HIV/AIDSの割合が過度に高いことに対する懸念もある。2007年11月、UNAIDSは、HIV/AIDS感染率の急激な低下を予測するとともに、予算の割り当てが考えられている以上に偏っていることを示した。実際の低～低中所得国のすべての疾患・傷害への出費額も、必要な額には遠く及ばず、現地の全体的な医療システムを機能させるための費用も満足とは言い難い

(MacKellar、2005年; Kates他、2007年)。

よって、限られた予算をもっと有効的に使うことに最大限努力すべきである。低～低中所得国のHIV対策に使われるべき資金の多く (大半とも言える) が実際にはこれらの国々に届かないかもしれないが、実際に届いても効率の悪い官僚的手続きに時間を費やされたり、HIV関連サービスを最も必要とする人々がそのサービスを受けられないようなプログラムや事業に使われたりするのが現状である (UNAIDS、2006年)。そのため資金が調達元から最前線の現場に届くまでの流れを合理化し、これを実効性のある介入方法に使用することが、誰もが受けられるサービスの達成という長い道のりには欠かせない。また支援国も、資金が適正に使用され、その成果が現れていることがわかれば、さらに多くを拠出しようとする可能性もある。

一方、最貧国の最貧層の人々が、最も高い割合でHIV関連の医療費/社会費用を負担せざるを得ないことが多い。これは厳しい現実である。また国内には適切な病院や診療所、研究所、薬局がない場合や、あったとしてもスタッフや医療器具、医薬品が不足している場合も珍しくない。このような医療施設では、たいてい患者やその家族に医療費を請求し、薬代、食費、衣料費、ベッド代、その他洗濯や入浴、身づくろいの世話にかかる費用の支払いも要求する。同様に、在宅介護でも患者やその家族がその費用を支払い、その他自己の負担で孤児などの社会的に弱い立場にある子どもを支援することが多い。

高～高中所得国では、通常は政府の保健・社会保障制度がHIV関連の医療費とソーシャルケア費用の80～95%を負担する。しかし低～低中所得国では、政府と世界の支援国の援助金を合わせても、上記費用の25%を占める程度である。また国ごとにも大きな格差があり、これは国民の全体的な豊かさではなく、当該国や支援国の政府の政策によって決まる傾向がある。ある調査では、HIV関連の医療とソーシャルケア費用全体のうち、自己負担率がケニアでは45%を占めるのに対し、ガーナではほんの9.4%だった (UNAIDS、2006年)。

当該国や支援国の政府がHIVの費用負担を避けるのは大きな問題だが、政府が自国や支援国の資金を無駄に費やすことは、さらに大きな問題である。世界銀行などが実施した多くの研究では、各国のAIDS計画のうち、確実な根拠に基づいて実施されたものはほんの少数である。その結果、調達した資金が、実際のHIV感染者や感染リスクが高い人々のニーズを満たしていない無駄な介入に使われていることが多い (Mullen、2005年)。

このような無駄を無くすためには、各国のAIDS計画や予算編成、事業実施において、次の点が考慮されなければならない。

- HIV対策の中心に、HIV感染者や感染リスクが高い人々を据える。
- 既存のサービス提供組織の能力を強化する。
- 自国の専門家や研究機関の能力を強化する。
- これまで以上に包括的で信頼性の高い最新のデータを根拠にする。
- 可能な限り経済的で、根拠に基づいた結果重視型の安定したプログラムや事業を進める。
- HIV/AIDS対策を人道支援分野に組み込む。

高所得国の大半では、地域社会の医療、教育、社会その他サービスの大部分が、宗教理念に基づく団体を含め市民社会組織 (civil society organization) との財政援助協定を通して実施される。高所得国 8カ国を対象とした最新のデータ分析では、これらの団体が財政面で医療分野では平均22%、教育分野では20%、社会サービス分野では19%の価値を付加していることが分かった (政府の財政貢献は除く) (Salamon、2007年)。

現時点では、世界規模または各国規模でHIV対策に関与する3種類の市民社会組織 (国際団体、国内をベースとする団体、地域をベースとする団体) から流入する資金の財源について、概要を推測できるデータや分析結果が不足している。また財政面で彼らの貢献がどの程度の価値を付加しているのかについて、おおまかな推測もできない。しかし

彼らがきわめて多大な価値をもたらしていることは間違いない。

たとえばアフリカの「クリスチャン保健協会 (Christian Health Associations)」は、各国の保健省と協力して、ケニアとレソトでは公共医療サービスの40%、ジンバブエでは45%、リベリアでは47%、タンザニアでは48%を負担している (Dimmock、2006年)。また2004年、AIDS治療支援団体「シダクション」が、アフリカ45カ国でコミュニティーベースの274団体を調査した結果、このうち68団体が抗レトロウイルス薬を処方し、133団体が医療のフォローアップを、156団体が心理社会的フォローアップを実施し、159団体が副作用の管理についての教育と情報を提供し、141団体が日和見感染症を治療していた (Sidaction、2005年)。

2002～06年、経済協力開発機構 (OECD) の開発援助委員会 (DAC) の加盟各国がHIV対策に約束した拠出金と実際の支払金が、ともに名目で3倍以上増えた。また2005～06年、各国のODA負担金は5.1%減少したが、HIV向けの約束金は28%増えて56億米ドルとなり、実際の支払金も11%増えて39億米ドルとなった。これは2006年に低中所得国のAIDS対策に使われた経費総額 (89億米ドル) の44%を占める。

2002年1月、世界エイズ・結核・マラリア対策世界基金が設立された際、その資金の多くが各基金や民間企業その他の非政府組織から集まると期待されていた。しかし実際には、同対策基金は支援国政府に大きく依存している。発足から2007年末までの6年間に、約束金として179億米ドル、実際の支払金として92億米ドルを調達したが、その95.5%を支援国に頼っている。この間、同対策基金はほぼ100億米ドルの交付金を承認し、実際に77億米ドルを受取人に交付した。その90%が低～低中所得国向けのもので、58%がHIV対策に使われた (Global Fund、2007年)。

また2006年にAIDS対策費としてDAC加盟国が拠出した39億米ドルのODAのうち、9億4,300万米ドル (24%) がAIDS向け交付金として世界エイズ・結核・マラリア対策世界基金に交付された。

さらにこの39億米ドルのうち、約3分の1がUNAIDSとその共同スポンサーである10機関に割り当てられた。彼らの2006～07年の予算は、2年分で26億米ドルであり、10の共同スポンサーのうち、世界銀行 (32%)、ユニセフ (18%)、世界保健機関 (13%)、世界食糧計画 (8.4%) が資金負担割合の上位4位を占めている (UNAIDS、2006年)。

低中所得国のHIV対策向けの多国間援助については、世界エイズ・結核・マラリア対策世界基金に次いで世界銀行が、アフリカやカリブ地域での多国間HIV/AIDSプログラム (Multi-Country HIV/AIDS Programme: MAP) その他の開発プログラムを通して大きな役割を担っている。2002年以降、世界銀行はHIV向けに約19億米ドルの交付金や低利融資、貸付金を約束し、そのうち約10億ドルを拠出した (世界銀行、2007年)。

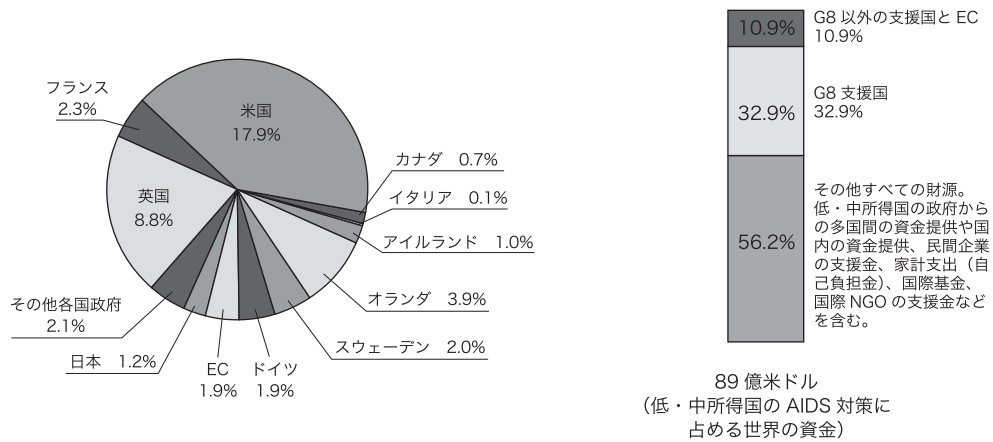
概してDAC加盟国は、自国のODAを国際機関よりも二国間援助にはるかに多く割り当てている。そのため2000年以降の各年における二国間援助は、多国間援助への割り当ての2～4倍に達している。一方でHIV対策の緊急ニーズ、およびUNAIDSや世界エイズ・結核・マラリア対策世界基金の存在は、これまでDAC加盟国がHIV向けODAを大概二国間の資金・技術援助よりも国際機関に比較的多く割り当てていたことを意味する。しかしDAC加盟国によって実際の配分は大きく異なる。

ODA全般に関して、また特にHIV向けODAに関して、さまざまな団体がその資金の使い道を監視し、詳しく評価している。国連開発計画の『人間開発報告書2005 (Human Development Report 2005)』は、援助効果について調査し、改善の余地が多いことを指摘している。また2006年、OECDは、二国間援助機関や国際機関が「援助効果にかかるパリ宣言 (Paris Declaration on Aid Effectiveness)」の原則を守るためにどの程度の改善が必要かを調査したが、ここでも同様の結果が得られた (UNDP、2005年;OECD、2007年)。

これまでに言及した調査や最近の評価は、HIV/AIDS対策に関わる支援国政府や他の国際・国内・地域の支援団体が取るべき次のような改善策を挙げている。

- ひも付き援助を止める。
- 項目を指定した援助を止める。
- 援助手順を簡素化し、調和・調整する。
- 持続可能かつ予測可能な支援を提供する。
- 責任ある財務管理を強く求める。
- 「援助効果にかかるパリ宣言」の原則を適用する。
- 根拠に基づく結果重視型のHIV対策を強く求める。

図：2006年、低・中所得国へのAIDS対策向け総支出におけるDAC加盟国の分担金



出典: Kates 他 (2007年)

本章は、スチュアート・アダムスが担当した。理学修士である彼は、独立コンサルタントとして30年にわたり社会・保健・文化に関する応用研究と企画、執筆に携わっている。近年の活動の中心は、低中所得国におけるAIDS流行の影響と対策である。

国際赤十字・赤新月運動の基本原則

人道 (Humanity)

国際赤十字・赤新月運動（以下、赤十字・赤新月）は、戦場において差別なく負傷者に救護を与えたいという願いから生まれ、あらゆる状況下において人間の苦痛を予防し軽減することに、国際的および国内的に努力する。その目的は生命と健康を守り、人間の尊重を確保することにある。赤十字・赤新月は、すべての国民間の相互理解、友情、協力、および堅固な平和を助長する。

公平 (Impartiality)

赤十字・赤新月は、国籍・人種・宗教・社会的地位または政治上の意見によるいかなる差別をもしない。赤十字・赤新月がただ苦痛の度合いにしたがって個人を救うことに努め、その場合もっとも急を要する困苦をまっさきに取り扱う。

中立 (Neutrality)

すべての人からいつも信頼を受けるために、赤十字・赤新月は、戦闘行為の時にずれの側にも加わることを控え、いかなる場合にも政治的・人種的・宗教的または思想的性格の紛争には参加しない。

独立 (Independence)

赤十字・赤新月は独立である。各国赤十字社、赤新月社、その国の政府の人道的事業の補助者であり、その国の法律に従うが、常に赤十字・赤新月の諸原則にしたがって行動できるよう、その自主性を保たなければならない。

奉仕 (Voluntary Service)

赤十字・赤新月は、利益を求めない奉仕的救護組織である。

単一 (Unity)

いかなる国にもただ一つの赤十字社、赤新月社しかありえない。赤十字社、赤新月社は、すべての人に門戸を開き、その国の全領土にわたって人道的事業を行わなければならない。

世界性 (Universality)

赤十字・赤新月は世界的機構であり、その中においてすべての赤十字社、赤新月社は同等の権利を持ち、相互援助の義務を持つ。



国際赤十字・赤新月社連盟は、弱者層に対する各国赤十字・赤新月社の人道的活動を推進している。

国際的な救援活動の調整と開発援助の推進により、人々の苦痛を予防・軽減することを追求している。

国際赤十字・赤新月社連盟は、各国赤十字社・赤新月社及び赤十字国際委員会とともに、国際赤十字・赤新月運動を構成している。