

第3章

ケニア

政府の対策不足を補い、断裂した社会を縫合する当事者・NGOの取り組み

稲場雅紀・外処恵美

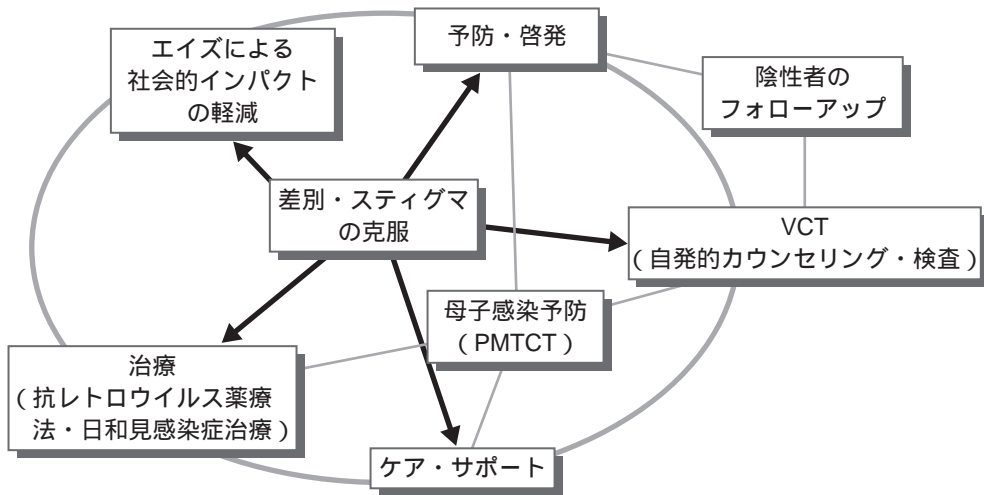
はじめに

ケニアは、サブサハラ・アフリカの主要な玄関口の一つであり、アフリカ諸国のなかでは、日本でも知名度の高い国である。

一方この国は、エチオピア・スーダン・ソマリアという、サブサハラ・アフリカのなかでも他地域と社会・文化的に大きな差異を持つ地域と国境を接する地理的位置の微妙さ、海岸部のスワヒリ・イスラーム文化圏から大湖地方、また北部の乾燥地帯にまでまたがる文化的・民族的多様性、さらに植民地化と独立闘争を揺籃として独立後の歴史を歩み続けた結果、現在、その社会は数多くの断裂によって引き裂かれている。

この国が直面するHIV/AIDS問題もまた、この断裂から逃れることができていない。独立以来の親西側政策のなかで世界資本主義の末端に位置づけられ、極端な貧富の格差と圧倒的な貧困層の存在を抱えることとなったこの国では、1980年代後半の構造調整政策によって公共セクターの解体も進んだ。一方、サブサハラ・アフリカの主要な玄関口の一つとしてのケニアは独立以来健在であり、資本や物資は他の東アフリカ諸国に比べて大量に流入してきている。弱体な公共セクター、圧倒的な貧富の格差、豊富な物資の流入にもかかわらずその物資にアクセスできない多くの

図1 HIV/AIDS対策のコンポーネント



(出所) 外務省民間援助支援室 [2004]

人々の存在。この国は、グローバリズムの文脈におけるアフリカの未来像を先取りしているかのようである。HIV/AIDSに関しても同様である。この国におけるエイズ対策の実像を見ることは、グローバリズムのただなかに置かれる他のアフリカ諸国におけるエイズ対策の将来を考える上でも重要である。

エイズ対策は、大別して(1)予防・啓発、(2)検査、(3)HIV/AIDSと共に生きる人々 (People Living with HIV/AIDS: PLWHA) のケア・サポート、(4)日和見感染症治療・抗レトロウイルス薬療法 (Antiretroviral therapy: ART)、(5)エイズによる社会的インパクトの軽減、(6)資源動員・ポリシー策定などへのアドボカシー、(7)差別・スティグマの克服、などがある。これらは相互に関連しあっており、包括的に実施していくことが重要である (図1)。これらに関して、ケニア政府等の公共セクターは、全体としての戦略の策定や諸セクターの調整、ガイドラインの策定などについては、一定の力量を発揮しているし、ケニヤッタ国立病院 (Kenya National Hospital) など国立・州立の病院も、連携という点ではある程度の機能を有している。しかし、対策の実践面について、公共セクターが主役であるということはでき

¹ これらエイズ対策のコンポーネントについては、外務省民間援助支援室 [2004] に詳しい。本書籍の入手に関しては、(特活) アフリカ日本協議会に問い合わせのこと (email: info@ajf.gr.jp, tel: 03-3834-6902)。また、近日中に外務省ウェブサイト (<http://www.mofa.go.jp/>) に本書籍のPDFファイルがアップロードされる予定となっている。

ない。予防・啓発、検査については、国際NGO、および地域のコミュニティを基礎とした団体（Community Based Organization : CBO）が主役といえる。ケア・サポートは、国際機関やドナー機関などとの連携のなかで、PLWHAの団体がその中軸を担っている。治療の主役は、やはり国際NGO、PLWHA組織、そしてミッション系の病院である。そのほかのコンポーネントについても、NGOが対策の主役となっている現状があり、ケニアのエイズ対策を知ることは、NGOの分析を抜きにして考えることは出来ない。

本章では、上記のような趣旨から、ケニアのエイズ対策の現状をNGOやHIV感染者・エイズ患者（PLWHA）の組織の活動を軸に把握する。まず、ケニアでのエイズ対策の流れを概観した上で、「対策の包括化」と「連携」という二つの視点を軸に、ケニアのNGOやPLWHA組織の事業展開の詳細をみる。その上で、現在のケニアのエイズ対策のはらんでいる問題や欠落点と、その克服に向けた問題提起を行う。

第1節 ケニアのエイズ対策概観

1. ケニアにおけるHIV/AIDS感染拡大状況

東アフリカは、サブサハラ・アフリカのなかでも早期にHIVの感染拡大に直面した地域である。ビクトリア湖（Lake Victoria）の周辺地域では、1980年代後半からエイズ発症事例が大規模に出現し、まさに「パンデミック」というべき状況となった。これは、この地域において1970年代末から1980年代前半に、HIVの感染拡大が大規模に生じたことを物語っている。この感染拡大の影響はケニア西部にも及び、現在ケニアで最もHIV感染率の高い地域は西部のニャンザ（Nyanza）州で、ケニア財政計画省中央統計局がまとめた統計によると、2003年段階での成人感染率は14.0%と推定されている（CSS [2003]）。

ケニア全体におけるHIV感染率は、同年段階で6.7%と推定されているが、この統計を見る限り、感染の広がりには一定の格差がある。驚くべきことに、ソマリアと国境を接する北東部（North Eastern）州の感染率は0%というデータになっている。また、ニャンザ州以外で感染率が高くなっているのは、首都のナイロビ（9.1%）である。

2004年にUNAIDSとWHOが発表した統計では、ケニアにおけるエイズによる死

者数は、2003年で15万人、エイズによる遺児の人口は2003年末現在で65万人と推定されている（UNAIDS/WHO [2004]）。

2 . 国家レベルのエイズ対策の流れ

ケニアにおいては、1999年に当時のダニエル・アラップ・モイ（Daniel arap Moi）政権がHIV/AIDSを「国家的災厄」（National Disaster）と表現し、国家的コミットメントを宣言するまで、HIV/AIDSは国家の課題として十分に認識されていなかった。また、コンドームの使用に極めて否定的なキリスト教の宗派が、政府の政策に大きな影響を与えており、この段階までは、性教育やコンドームによる予防よりも、禁欲（abstinence）や貞操（be-faithful）といった特定の倫理観に基づく政策が中心であった。その傾向は、今でも地方を中心に続いている。

ケニア政府が、最初に国家HIV/AIDS政策（National HIV/AIDS Policy）の策定作業に入ったのは1996年である。1997年、政府が提出した草案を国会が承認し、ケニア最初の国家エイズ政策文書が誕生した。

1999年以降、エイズ対策への国家的コミットメントは、ドナーの圧力もあって大きく進んだ。政府のエイズ対策を統轄する組織として「国家エイズ管理委員会」（National AIDS Control Council）が大統領府に設立されたのがこの年である。一方、保健省におけるエイズ対策の担当部署である「国家エイズ・性感染症管理プログラム」（National AIDS and STI Control Programme）は、米国の国際NGOなどと連携して、自発的カウンセリング・検査（Voluntary Counseling and Testing: VCT）や在宅ケア（Home Based Care: HBC）など各種のエイズ対策のサービスの平準化のためのガイドライン作りを実施した。

2002年末の大統領選挙における「ケニア・アフリカ人民族同盟」（Kenya African National Union: KANU）の敗北とムワイ・キバキ（Mwai Kibaki）大統領を首班とする「虹の連合」（National Rainbow Coalition: NARC）政権の成立は、強権的で腐敗したモイ政権に飽き飽きしていたドナーの支援意欲を復活させ、エイズ対策は多くの資金を得て進展した。2003年9月には、ケニア政府はARTプログラムを発表、公的医療へのARTの導入は2003年中に開始された（WHO [2004]）。

第2節 NGOのエイズ対策：「連携」と「包括化」を軸に

1. 鍵となる概念

ケニアにおいては、1997年に制定された国家エイズ戦略はまがりなりにも包括性を主張する内容となっていたが、実際には、予防・啓発およびVCTが国家による政策の中心をなしてきた。しかし、PLWHAやエイズによる遺児の人口の増大や、それに伴うケア・サポートや治療へのニーズの急増により、ここ数年間でエイズ対策の包括性は大きく高まった。

この包括性を支えているのが、NGO、PLWHA団体、ミッション系病院、公的医療機関を結んで張り巡らされたネットワークであり、また、各NGOがその活動上、もしくは資金上の要請から行う事業の拡大である。各NGOの事業の拡大とネットワークングによって、ケニアのエイズ対策の包括性が保障されているのである。

本節では、ケニアの首都でありHIV/AIDSについての活動の盛んなナイロビを舞台に、(1)「連携」、(2)「包括化」という二つの概念に注目し、ケニアにおけるエイズ対策の変容を追っていくこととする。

2. VCTからケアへ

ケニアにおけるエイズ対策で最も進展しているのが、VCTである。

ケニア政府は、米国に本部がある巨大な国際NGOであるファミリー・ヘルス・インターナショナル（Family Health International：FHI）と連携して、国内のVCT体制を整えてきた。FHIは自らエイズ対策のオペレーションに関わるのではなく、広域でこれを管理・監督したり、現地のNGOの能力向上に当たるほか、国単位でのエイズ対策の戦略策定を支援することなどを世界的に展開している。この連携により、ケニアはVCT体制が、他のアフリカ諸国よりも格段に充実しており、全国200カ所、ナイロビ市内だけで60カ所を超えるVCTセンターが存在する。

しかし、こうした状況により、逆に「VCTインフレ」ともいわれる問題が生じてきている。現在ケニアではVCTで活用する迅速検査キットの流通不足という問題が生じてきており、政府が推奨する2種類のキットによる検査ができず、1種類でやらざるを得ないといった状況が生じている地方もある²。

² David Bukusi氏（Kenyatta National Hospital VCT Manager, Kenyatta National Hospital）とのインタビュー（2004年7月26日）。

また、VCTで最も重要とされるのは検査前・検査後のカウンセリングである。ケニアでは、VCTカウンセラーの資格を得るには、少なくとも3週間のトレーニングコースを経なければならないが、それでも、とくに地方部では、質の低いカウンセリングや、道徳的・倫理的なアプローチを強調するようなカウンセリングが行われることも多い。

しかし、ケニアのVCTの最大の問題は、VCTで陽性と判明したときに、その後をフォローし、治療やケア・サポートへとリファレンスしていく体制の構築が難しいことである。後に続く受け皿がなければ、VCTで陽性とわかったPLWHAは、何の保障もなく、差別とスティグマに満ちた社会に放置されることになるのである。多くのVCTセンターがこの問題に気付いており、VCTとケアをどう結びつけるかが、各VCTセンターの最大の問題となっている。

この問題について、よい実践例を示しているのが、ナイロビの中高級住宅街ハーリングム(Hurlingham)に位置するNGO「リヴァプール・VCT&ケア」(Liverpool VCT and Care: LVCT)である。

LVCTはFHIとは対照的に、実際にVCTのプロジェクトを行うために英国リヴァプール大学が設置した、ケニアで最初のVCTセンターである。このセンターで今試みられているのが、VCTを受けた人の受け皿としての「ポスト・テスト・クラブ」(Post Test Club)をどのように有効に機能させていくか、ということである。

「ポスト・テスト・クラブ」はケニヤッタ国立病院のVCTセンター(詳細は後述)をはじめ、多くのVCTセンターで試みられているプロジェクトで、通常、陽性者・陰性者を問わず参加できることになっている。これは、ポスト・テスト・クラブを陽性者のための場所ということにしてしまうと、差別やスティグマを恐れて、本来参加したい人が参加できなくなってしまうからである。

しかし、このポスト・テスト・クラブは、多くのVCTセンターで、定着率が悪いなどの問題を抱え、うまくいかないことが多かった。その理由は、開催時間が参加者の都合と合わない、仕事などで忙しいので足を運べないといった物理的な理由に加え、内容面が充実していないために、参加してもメリットを感じられないといったことであった。

LVCTが、自らのポスト・テスト・クラブの内容、カリキュラムを改善した際に一番重視したのは、ポスト・テスト・クラブのカリキュラム自体ではなく、VCTの質の向上であった。実際、検査に手間取ったり失敗したり、カウンセリングの質が低くてクライアントを失望させてしまえば、その後のフォローアップであるボス

ト・テスト・クラブに足を運ぶわけがないからである。

ポスト・テスト・クラブでの話題が、参加者にとって身近で親しみやすいものであることも重要である。そうである以上、都市部と農村部、また、階級格差などによって、ポスト・テスト・クラブでの話題の選び方は異なってくる。LVCTはそこで、参加者自身がオーナーシップを持って議題の決定にコミットするようにし、ファシリテーターはそこに適切なヴィジョンを持って参加する形でポスト・テスト・クラブを運営している。参加者が参加してよかったと考える何らかのメリットを感じる事が、最低限重要である。

LVCTでは、陽性者・陰性者を問わずポスト・テスト・クラブに参加してもらい、その上で、タイミングやニーズを見て陽性者をケアにつないでいくようにしている。このケアの受け皿として、LVCT内に、陽性者のための場である「サポート・グループ」が設けられているほか、地域のケア・サポートNGOに紹介する場合もある³。

こうしたVCTからケアへという活動に関して、政府・公共セクターはどのような戦略で臨んでいるのだろうか。

東アフリカ最大の病院であるケニヤッタ国立病院には、日本政府の草の根無償資金協力と米国FHIの技術支援により、VCTセンターが設けられている。このVCTセンターにおいても、陽性者にケア・サポートへのリファレンスを保障していくことは困難であった。ケニヤッタ国立病院が行ったのは、受け皿の仕組みづくりである。以前から、陽性者の精神的なケアについては、通院者・入院者全体を対象に心理的なケアを提供する「患者サポートセンター」(Patient Support Centre)が行っていたが、ケニヤッタ国立病院ではこれに加え、日和見感染症治療・ARTも含めた多様なサービスを一回の来院で実現するワン・ストップ・クリニックとしての機能を持たせた「包括的ケア・センター」(Comprehensive Care Centre)を設置し、3つのセンターの連携で陽性者のケアを実施する体制をとるようにしている。また、同病院は、ナイロビ市内の主要なPLWHA団体やケア・サポートNGOとのネットワークを持っており、性別や地域にあわせて陽性者をこれらの団体に紹介するといったことを行っている⁴。

もう一つ、VCTの発展により生じていることがある。VCTセンターがナイロビ

³ 以上、「リヴァプール・VCT & ケア」(Liverpool VCT and Care) についての記述は、Prince Bahati 氏 (Consultancy Services Manager, Liverpool VCT and Care) に対して筆者が2004年7月30日に行ったインタビューによる。

⁴ 以上ケニヤッタ国立病院に関する記述は、David Bukusi氏とのインタビュー(2004年7月26日)による。

市内に多く設置されていることにより、クライアントの側も、その心の持ち方や目的により、VCTを選択的に行うようになってきている。例えばナイロビ中心部にある市内最大のスラム、キベラ（Kibera）地区の南部に「国境なき医師団（Médecins Sans Frontières：MSF）ベルギー」が設置したVCTセンターは、他のVCTセンターにおける陽性率が10～15%前後であるのに対して、陽性率が35%と格段に高くなっている。これは、MSFベルギーが無料のARTサービスを行っており、治療へのアクセスの展望が見えやすいことから、陽性の可能性が高いと判断した人が来所しているためである。一方、自分の感染の有無を確認して安心したいという人が多く来るVCTセンターもある。このように、VCTの過当競争という事態が招来しているナイロビでは、VCTセンターの側も、自らの利点、特徴を打ち出し差異化を図らなければ存続が困難という状況に至っているのである⁵。

3．活動の多角化を図るPLWHA団体

VCTセンターの氾濫とは対照的に、PLWHAのケア・サポートを担っている組織は少ない。これらの組織の多くは、ケニア政府が積極的にHIV/AIDSにコミットする前の過酷な時代に、差別やスティグマにさらされるなかで、PLWHAたち自身が生き延びるため、少なくとも、尊厳ある死を迎えることができるようにするために、一部の国際NGOなどの支援を得ながら作ってきた相互扶助組織である。

HIV/AIDSが焦点化し、包括的な対策が謳われるなかで、こうしたPLWHA団体は、自分のフィールドで必要とされているニーズを満たすため、また、将来に向けて組織として生き延びていくために、活動の幅をPLWHAのケア・サポートからVCTの併設、エイズ遺児の支援、地方展開、サポートの多角化へと広げようとしている。ここでは3つの組織を取り上げたい。

（1）HIV/AIDSと共に生きる女性の組織

「ケニア・エイズと共に生きる女性たちのネットワーク」（Kenya Network of Women with AIDS：KENWA）は、1980年代後半に自分の感染を知ったケニアのPLWHAのアクティヴィストの草分け的存在、アスタ・ワグラ（Asunta Wagura）氏が、同じ立場の女性4人と、「1人が死んだら他の4人が葬式を出す」という契りの下

⁵ MSFベルギーのVCTに関わる活動に関する記述は、Phil Thomas氏（Programme Field Co-ordinator, MSF Belgium）とのインタビュー（2004年8月9日）による。

に創設したPLWHA団体である。KENWAはこれまで、ナイロビ市内のマザレ (Mathare)、コロゴシヨ (Korogocho)、ソウェト (Soweto) など5つのスラムに、PLWHAの活動の拠点として使うための施設であるドロップ・イン・センター (Drop-in Center) を建ててPLWHAの活動に供すると共に、この地域でのPLWHAに対する在宅ケアや、本部事務所にクリニックを併設しての日和見感染症の治療、看護師によるスラムの巡回診療などを展開してきた。この団体がこれまでの活動地盤を生かして取り組んでいるのが、エイズ遺児のケア・サポートと教育である。

エイズ遺児は、これまではアフリカにおいては、拡大家族によって引き取られ養育されることが多いと考えられてきた。しかし、1980年代後半以降、こうした共同体的な社会単位が、経済的要因など各種の要因によって崩壊し、人口の都市集中が圧倒的に進んだ。ナイロビの都市スラムの多くは1980年代後半にその人口を飛躍的に膨張させている。これらのスラムでは、社会的な安全保障システムの多くが崩壊・空洞化している。また、エイズが働き盛りの人口にとって大きなダメージとなり、エイズ遺児の人口が圧倒的に増大したことにより、こうしたスラムでは、エイズ遺児のケアはPLWHA団体の重大な任務として現れてきている。

ナイロビ北東部のマザレ谷沿いに広がる巨大なスラム、マザレでは、KENWAはドロップ・イン・センターを拠点に、81名のエイズ遺児への給食サービスや情操教育を行っている⁶。

エイズ遺児の支援は、エイズ遺児が幼年期から、とりあえず社会で生きていけるような年齢になるまで継続的に行わなければならない長期的で恒常的な取り組みであり、ただでさえHIVと共に生きている女性たちが続けていくためには、きわめて大きな困難が伴う。しかし、こうした都市スラムでケア・サポートの活動を展開するNGOは、地域社会で頼りにされる存在であり、これができるかどうかは、地域において団体の真価を問われることでもある。

これまで、エイズ遺児支援については、「自立発展性」(sustainability)の欠落した、将来展望のないプロジェクトとして位置づけられ、ドナーなどから十分な資金が得られないことも多かった。しかし、エイズ遺児支援は、より包括的な、マクロレベルの視点から見れば、エイズによる社会的なインパクトから次世代を救出し、持続性のある社会を作り出す上で不可欠な、いわば「社会の自立発展性の再建」をめざす事業であり、ケア・サポートというにとどまらず、「エイズによる社会的イ

⁶ KENWAでの聞き取り調査による(2004年7月27日)

ンパクトの軽減」の要素を含みこんだ事業であるといえる。ケア・サポートを担う PLWHA 組織の多くは、エイズ遺児支援へとその活動ウイングを広げてきており、KENWA のいわばライバル組織である「ケニア・エイズと闘う女性たち」(Women Fighting AIDS Kenya : WOFAK) も、ナイロビの一つのスラムでエイズ遺児に対する食糧供給 (Food Basket) の事業を行っている。

WOFAK は 1993 年に KENWA と同じく HIV に感染した、もしくはその影響を受けた女性たちが結成した PLWHA の組織であり、ナイロビ以外に、ルオ (Luo) 人が多く住むニャンザ州、西部 (Western) 州にも活動の拠点を持っている。

WOFAK は PLWHA のケア・サポートに加え、エイズ遺児の支援などエイズの社会的インパクトへの手当て、軽減について、より多角化した事業を行っている。エイズ遺児と養親のマッチングもその一例である。また、エイズを発症した母親が、エイズのことや母親の子どもたちへの思いをつづり、子どもが、エイズや死といった概念を理解できるようになった頃に、それを伝え、親の死やエイズが持つ意味を子どもたちに伝えていく「メモリー・プロジェクト」も実施している。これはウガンダの PLWHA 女性たちの団体である「全国エイズと共に生きる女性連合」(National Coalition of Women Living with AIDS : NACWOLA) の実践に倣ったものである。一方、スラムにおける活動では、PLWHA を含む、失業と貧困にさらされている人々が、少しでも自由に出来る収入を作り出していく必要がある。WOFAK は職業訓練やマイクロ・クレジットなどによる収入創出活動を展開している。

さらに、女性の組織ということで力を入れているのが女性の PLWHA への差別や暴力に対する抵抗である。女性が自分の感染事実を夫に告げた場合、夫から暴力を受けたり、一方的に離婚されたりということが少なくない。WOFAK は、「ケニア女性法律家連合」(Federation of Women Lawyers) や「ケニア反暴力女性連合」(Coalition of Women against Violence Kenya : COWAV) といった女性の人権団体と連携し、こうした女性を法的にサポートする事業も展開している⁷。

(2) HIV/AIDS と共に生きる男性の組織

ケア・サポート事業の多角化という点で取り上げたいのが、「ケニア・エイズに取り組む男性運動」(Movement of Men against AIDS Kenya : MMAAK) である。

⁷ WOFAK に関する記述は、Monique Wanjala 氏 (East Africa Regional Administrator, WOFAK) とのインタビュー (2004 年 7 月 28 日) による。

アフリカでは、PLWHAのケア・サポートの活動はもっぱら女性によって担われ、男性の包含が大きな課題とされてきた。MMAAKは、「男性による男性のためのケア・サポート組織」という点で非常にユニークである。

ナイロビ東部の低所得者地域に位置する私立病院、メトロポリタン病院（Metropolitan Hospital）に併設されているMMAAKが、まがりなりにも男性のPLWHAの組織化に一定の成功を見ている理由は、この組織が、グループ・セラピーなどの本来業務もさることながら、ART・日和見感染症治療の提供、および「感染者労働組合」（Positive Workers Union: PWU）の組織化によるリーガル・サポート・プログラムの展開によって、具体的な利益をPLWHAに与えているがゆえに他ならない。ここでは、PWUについて触れる。

PLWHAの男性の権利擁護組織としてMMAAKが創設したPWUは、現在、モンバサのケニア港湾局（Kenya Port Authority）、英国資本のブルックボンド・ケニア（Brookbond Kenya）、ケニヤッタ国立病院などに働くPLWHAの男性が加入している。MMAAKはPWUを通じて、企業向けに差別・スティグマの軽減に関わるセミナーを行うなどしている。また、差別・スティグマにより解雇などの事例が絶えないが、こうした事例に対して、ケニアの法律家のグループ「ケニア倫理・法律問題ネットワーク」（Kenya Ethical and Legal Issues Network: KELIN）と連携し、事例によっては裁判を起こしているケースなどもある。

MMAAKがこうしたリーガル・サポートなどの活動と並行して展開しているのは、政治家、芸能人、スポーツ選手などがPLWHAとしてカムアウトする⁸ことを促すアドボカシー活動である。これら社会的に力を持つ人物がカムアウトすることにより、社会全体における差別・スティグマの状況が大きく改善されるというのは、1980年代レーガン政権下の米国において俳優ロック・ハドソンがエイズをカムアウトして死去したことが、米国のエイズ政策自体を前向きに大きく変えることに繋がったことから見ても明らかである。

MMAAK、WOFAK、KENWAの例から明らかなように、PLWHAの当事者団

⁸ ここでは、HIVに感染しているという事実を社会的に公表すること。「カムアウト」という表現の起源は、「Coming out of closet」の略であり、レズビアン・ゲイ運動の文脈で、差別や偏見を恐れて「『押し入れ』に隠れ」ている状態から、自己の性的指向を肯定し（自分へのカムアウト）、家族・友人・社会などに表明・公表することや、性的指向の自己肯定のプロセスを指す言葉として使われたことに発している。HIV感染のステータスを表明することについてこの言葉が使われるようになったのは、自己の性的指向についてすでに公表している同性愛者がHIV感染の事実も公表することを指して使われた「セカンド・カミングアウト」という表現が最初である。

体は、PLWHAのケア・サポートの概念を大きく拡張し、まずはエイズの社会的インパクトの軽減の方向性から、人権にかかわるアドボカシーの方向性にいたるまで、その活動を大きく多様化させているのである。

第3節 「治療」の困難に立ち向かう

1. 弱体な政府の治療対策を補完しているのは誰か

エイズ対策のコンポーネントのなかで、「治療」は欠かせない存在である。先進国では、「治療と予防は車の両輪」といわれ、予防と治療は相互補完的で両方ともなくてはならないものとされてきた。途上国では、抗レトロウイルス薬の高価格や、知的所有権の問題により、エイズ対策のコンポーネントのなかで治療が欠落した状態が続いていたが、ブラジル、タイの治療導入が大きな効果を上げたこと、先進国・途上国双方で、治療へのアクセスを求める運動が強力に成長したこと、そして、インド製をはじめとする廉価なジェネリック薬が世界的に流通したことによって、途上国でもARTを含む包括的なHIV/AIDS医療の実現への意欲は高まっている⁹。WHOは2002年以降、「3×5」戦略（2005年までに途上国で300万人のPLWHAの治療を実現するという戦略）を打ち出して各国の治療戦略の確立に乗り出し、また、2002年に設立された「世界エイズ・結核・マalaria対策基金」（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM）による資金的裏づけもあって、アフリカ諸国における治療戦略作りは一定程度、進んできている（第1章参照）。

ケニアも例外ではない。ケニア政府は2003年9月にナイロビで開催された「アフリカ地域エイズ・性感染症国際会議」（International Conference of AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa: ICASA）において、同年10月からコスト・シェアリング方式（受益者が費用の一部を負担する）により公立病院でのART導入を表明、国家HIV治療ガイドラインを発表した。計画では、全国8州の州立病院でARTを漸次開始し、2005年末には、ARTを4万人にまで拡大することがうたわれた¹⁰。

しかし、現実はそうはなっていない。「ケニア治療アクセス運動」（Kenya Treat-

⁹ これについては、「世界の最先端を行くブラジルのエイズ政策」（外務省民間援助支援室 [2003] 所収）に詳しい。

¹⁰ Christa Cepuch氏（Kenya Coalition for Access to Essential Medicines）と筆者とのインタビュー（2003年10月14日）。

ment Access Movement : KETAM) のリーダーで自らも感染者のジェームズ・カマウ (James Kamau) 氏によれば、現在公立病院でARTが行われているのは首都ナイロビのケニヤッタ国立病院等、ごく一部の国立・州立病院にすぎず、国のARTプログラムの恩恵を被っているのもわずか数百人に過ぎない。その理由としてカマウ氏が挙げるのは、ケニアの公立病院にARTや日和見感染症の治療が出来る人材が大幅に不足していること、公的医療セクターからの人材流出により、乏しい人材の確保すらままならないこと、ICASA開催のタイミングを政治的に重視した政府の計画発表が、十分練られていないものだったことである¹¹。

この厳しい状況のなかで、ケニアの治療の重要なアクターとなっているのは、またしてもNGO、そしてミッション系の病院である。この二つのセクターは、治療薬の流通などのレベルでも相互に協力し合っている。

2 . 国境を越えた連携による治療の実現

まず注目したいのは、ケア・サポートを中心に活動を展開しているPLWHA組織が、先進国のNGOや大手製薬企業と連携して国境を越えてARTのための資金を入手、治療の実現を図っている動きである。

前出のWOFAKは、現在、30名のPLWHAに対するARTプログラムを行っている。WOFAKでは、ART導入の是非を判断する治療モニタリングについては、ケニア中央医学研究所 (Kenya Medical Research Institute : KEMRI) とも連携して行い、日和見感染症についても無料・安価で治療を行うと共に、栄養改善などのためのワークショップも行っている。ARTについては、まずフランスのエイズ・サービス組織である「SIDACTION」から5名分、米国のNGOである「エイズ・エンパワメントと治療インターナショナル」(AIDS Empowerment and Treatment International : AIDSETI) というNGOから25名分の治療薬の購入費を得て、30名のARTを実現している。

前出のMMAAKも同様に、20名のARTを実現している。一つはアフリカン・ヘルス・ファンド (African Health Fund) という米国のNGO、もう一つは、MMAAKが全面的な支援を受けている英国の大手製薬企業グラクソ・スミスクライン (Glaxo SmithKline) の「ポジティブ・アクション・プログラム」(Positive Action Program) によるものである。これらは先進国の市民ないし民間セクターと、途上国のNGO

¹¹ James Kamau氏 (Kenya Treatment Access Movement) とのインタビュー (2004年7月27日) 。

の連携が、ケニアのPLWHAのARTへのアクセスを保障していくことに具体的な成果を上げている例であるということが出来る。しかし、この人数はMMAAK、WOFAKにおける治療ニーズを十分満たすものではなく、ニーズに応えた治療の実施には、政府のプログラムの確立、およびそれとの連携が望まれるところである。

WOFAK、MMAAKなどのこうした取り組み以上に大きな規模でARTの供給者となっているのが、「国境なき医師団」(MSF)である。MSFは、世界が途上国のART導入に消極的だった時期に、ブラジルやインドのジェネリック薬を導入し、途上国の「資源の乏しい地域」(Poor resource settings)において率先してARTプロジェクトを実施し、大きな成果を上げ、WHOの「3×5」戦略など、途上国におけるHIV/AIDS治療のメインストリーミングに先鞭をつけた。ケニアでは、欧州各国のMSFが、ケニアで最も感染率が高いといわれる西部ニャンザ州のホマベイ(Homa Bay)や、ナイロビのバガシ(Mbagathi)病院、ナイロビ最大のスラムであるキベラ、マザレ地区において、合計850人にARTを供給している¹²。MSFの治療プログラムは、PLWHA団体が自分のクライアントに治療を供給する際の大きな受け皿の役割を果たしており、WOFAK、KENWA、MMAAKそれぞれとの連携関係も強く持っている。

3. 治療と必須医薬品供給で重要な役割を果たすミッション系病院

こうしたNGO以上に一般の人々向けのART実施の主要なアクターとして機能しているのが、僻地を含めケニア全土に分布しているキリスト教系の病院である。

キリスト教系の病院で、HIV/AIDSにかかわってARTを実施しているのは全部で57施設、その3分の2がカトリック系、3分の1がプロテスタント系である。これらの病院で、数千人のART実施を、月6～18ドル程度の料金によって実現している。ケニアでARTを受けている人は合計1万5000人程度であることを考えれば、ミッション系病院は、貧困・低所得階層におけるART実施の最大のアクターといえるだろう。

ミッション系病院は、治療を提供するだけでなく、安価な必須医薬品をNGOに供給する役割、および、ARTや日和見感染症治療のマネジメントが出来る人材を育成する役割も担っている。人材育成について言えば、例えば、ARTの導入に先

¹² Christa Cepuch氏 (Kenya Coalition for Access to Essential Medicines) とのインタビュー (2003年10月14日)。この数字は同日段階のもので、2004年以降、より多くのプロジェクトが実施されているので、ARTを受けている人数も増大していると考えられる。

駆動的な役割を果たしたナイロビ北方キアンブ（Kiambu）県に位置するナザレス病院（Nazareth Hospital）では、看護師や準医師にARTマネジメントを身に付けさせることを目的に、「プラクティカム」（Practicum）という研修プログラムを実施している。また、薬剤供給については、キリスト教系病院への必須医薬品供給を任務とする「必須医薬品供給ミッション」（Mission for Essential Drug Supply: MEDS）が、キリスト教系病院やNGOにARVを含む必須医薬品を安価に供給しているほか、ナイロビにあるギリシア正教会系の病院も、必須医薬品の安価な供給元となっている。

国の治療プログラムの不完全さを、NGOやミッション系病院のパフォーマンスが不完全ながら補っている、というのが、ケニアのHIV/AIDS治療の現実である。しかし、こうしたNGOやミッション系病院のパフォーマンスにも、問題は存在する。

ナザレス病院のHIV/AIDS科主任のトーマス・マチャリア（Thomas Macharia）医師は、現状のARTにおいて、貧困で支払い能力がない、または地理的に遠く通えないといった理由により、ナザレス病院のART中断率が5割近くに達していることを認めている。また、ナザレス病院にはCD4の測定装置など治療モニタリングのために必要な装置がなく、治療効果の測定は体重の増減や症候の有無などの継続監視によっているのが現実である。こうした問題に関しては、国の治療プログラムの実施により、より安価なARTを実現すること、州立病院に治療モニタリングのための装置を導入し、NGOや他の医療機関が連携して利用できるようにすることなどが急務であるが、その展望は未だ立っていない。

第4節 地方都市でのエイズ対策

前節までは、主にナイロビにおけるエイズ対策の現状について述べてきた。ただし、ケニアの人々の生活状況は、ナイロビとナイロビ以外の地域とでは大きく異なる¹³。従って、ケニアのHIV/AIDSの問題を包括的にとらえるために、ナイロビ以

¹³ 例えば、この違いは、人口密度からも明白で、ナイロビの人口密度は3079人/平方キロメートルであるが、ケニア全土の人口密度は49人/平方キロメートルである。また、近年、首都ナイロビへの人口流入が進んでいるとはいえ、ナイロビの人口は210万人と、ケニア全人口の7.6%に過ぎない。さらに、ナイロビは、統計区分上、全ての居住者が都市生活者であるとされている。しかし、ケニア全土で見ると、都市生活者は35.7%で、ナイロビ以外のケニアの人々の多くは農村部に居住していることとなる（Central Bureau of Statistics [2001: 19 - 20]）。

外の地域の状況に関して言及する必要がある。そこで本節では、地方都市部の状況を見るために、リフトバレー（Rift Valley）州ナクル（Nakuru）、ケニア国内でも感染率の高い西ケニア地方、ニャンザ州の州都であるキスム（Kisumu）¹⁴、および南部と全く異質な社会構造を持つ北部についても検討する必要があることから、ケニア東部（Eastern）州の北部に位置するマルサビット（Marsabit）および同じく東部州のエチオピア国境の町モヤレ（Moyale）で活動するNGOへの取材を中心に地方における問題点の把握を試みる¹⁵。

1．ナクルにおけるNGOのHIV/AIDS活動

ナクルはケニアの中央部に位置するリフトバレー州の州都である。リフトバレー州は東アフリカを貫く大地溝帯にあり、ケニア北部のトゥルカナ湖（Lake Turukana）付近から、南部のタンザニア国境付近まで広大に広がる。州都ナクルは、首都ナイロビから250キロメートルの距離（バスで移動すると、所要約4時間30分）で、モンバサ（Mombasa、インド洋岸、ケニアの主要な港湾都市）- 首都ナイロビ - キスム - カンパラ（Kampala、ウガンダの首都）を結ぶ街道上に位置する、交通の要所である。ナクルでのエイズ対策の中心には米国系国際NGOであるFHIがいる。ナクルにおけるエイズ対策を見ていると、技術指導および資金源としてのFHIの存在が常に見え隠れする。前節まででも述べたが、FHIはケニア全国レベルでVCT推進のイニシアティブを取っているように、国全体で見ても、FHIの存在は非常に大きい。ケニア全体におけるドナー機関とケニア公的セクターの関係性が、ナクルでも成り立っているようだ。本来は、ケニアの公的セクターであるリフトバレー州立病院や保健事務所等がイニシアティブを取るべきであろう。しかし、キャパシティ不足を抱える公的セクターを補完する手段として、国際NGOの積極的な関与が必要なのである。

エイズ対策の実践状況に目を転ずると、ナクルの中心部に限って言えば、予防・啓発、VCT、ARTを含む治療、PLWHAへのケア・サポートと、題目上は一通り行われている。しかし、ナイロビに比べると、各々の活動は、量的に絶対的に不足しているように思われる。各種の活動は「点」としては揃ってきているが、今後は、いかにして、より多くのニーズを、「面」として満たしていくかが課題となる。一

¹⁴ 2003年末成人HIV感染率推定は、ケニア全体では6.7%、ニャンザ州では14.0%、リフトバレー州では5.2%、東部州では4.1%であった（Central Bureau of Statistics [2003]）。

¹⁵ 章末地図を参照。

方、ナクル中心部から外れたナクル近郊と周辺部に目を転ずると、HIV/AIDS関連のサービスへアクセスすることが、非常に困難である。ナクル中心部にあるリフトバレー州立病院内では、HIV/AIDSに関する包括的ケア・センター（CCC）が2004年からサービスを開始し、ナクルでも公的セクターにおいて、ARTやカウンセリング・サービスを含む、包括的なエイズ治療が受けられるようになった。しかし、このCCCは、2004年7月の調査時点では、広大なリフトバレー州唯一の公的ART実施機関であった。近郊・周辺部のなかには、いまだ、VCTにすらアクセス困難な人たちが多くいる。首都ナイロビと地方都市ナクルだけでなく、ナクルの中心市街部とその近郊・周辺部においても格差があることがわかる。このように、公的機関が実施するHIV/AIDSサービスへのアクセスに関する格差解消が、今後の課題であろう。

なぜ、このような格差が生じたのか。要因の一つに、ケニア全体で、HIV/AIDS流行以前からあった保健医療における物的不足と人材不足、および、その限られた資源の偏在が考えられる。これが、現行のエイズ対策の地域格差にも反映しているのではないと思われる¹⁶。

中央で立案された対策案も、実際に実施されるはずの各地域の保健医療機関が、物的・人的資源不足を抱えていたら、計画通りに遂行していくことは困難だろう。従って、HIV/AIDSに特化した対策を推進すると同時に、保健医療システムそのものにおける、首都と地方、地方都市部とその周辺部での、物的・人的資源の格差軽減への対策も、言わずもがなであるが重要である。

2. キスムにおけるNGOの活動

キスムはケニア西部ビクトリア湖畔に位置し、ケニアで最もHIV感染率の高いニャンザ州の州都である。本項では、キスム及びその近郊で地域の人々の生活に根ざしたHIV/AIDS予防・啓発活動を行っているNGOについて述べる。

「ケニア女性諮問機構」(Kenya Female Advisory Organization: KEFEADO)は、ケニアのジェンダー状況を改善するため設立された。KEFEADOでの取材によると、一般にケニアでは、経済、社会、法的側面で、女性は不利になることが多く、例えば、経済面では、女性は現金収入を得る経済活動に参加する機会が限られてい

¹⁶ 例えば、1999年における、各地域の人口10万人あたりの病床数は、ナイロビでは328床、リフトバレー州では161床、東部州では145床、そしてニャンザ州では228床であり、地域ごとの格差がある (Central Bureau of Statistics [2001: 226])。

るという。具体的には、家族で畑を持っていても、女性は現金収入を得るのが困難だという。また、法的側面でいうと、女性の相続権は尊重されないことが多いそうだ。HIV/AIDSの観点からも、男女の権利や力関係の不均衡が問題となっているという。例えば、男性の力が文化的に強められているため、女性へ性行為の強要が起きやすい等、男女の伝統的な関係性が、ニャンザ州の人々における、HIV感染の危険を高めていると考えられている。このような状況のなかで、KEFEADOはコミュニティ・エンパワーメント活動を行っている。具体的には、男女が自分の体験を語り、行動変容促進を目指して、ジェンダーの要素を組み込んだ対話の会（Gender Integrated Dialogue Session）を実施している。教会や地域のリーダーの巻き込みを図り、継続することで、各地域でのネットワーク形成を期待しているという¹⁷。

KEFEADOは、2001年に設立された、「連携のための女性行動フォーラム」(Women Action Forum for Networking : WAFNET) と連携して活動を行っているという。KEFEADO、WAFNETの両団体は、西ケニア、特にルオの人々における、文化社会的な背景に沿い、女性の地位向上を目指して活動している。具体的には、キスム周辺で活動しているNGO、CBO、研究者等の連携を図り、各ステークホルダーの能力向上と、地域社会の意識向上 (sensitization) を行うことで、人々の文化や行動のなかで、問題である部分を変えていくという。

3 . ケニア北部マルサビット、モヤレにおけるNGOの活動

次に、ケニア北部マルサビットとモヤレの状況について述べる。両地域とも、ケニア東部州の北部、半乾燥地帯に位置する。赤道以南に住むケニアの多くの人々が定住し、農業を営んでいるのに対して、この北部地域の人々は、タンザニア国境付近に住むマサイの人々同様、乾燥した土壤に適した遊牧生活を行っている。また、マルサビットでは人口密度が2人/km²、モヤレでは6人/km²と、非常に低いことも特徴で (Central Bureau of Statistics [2001 : 19 - 20])、他の地域のケニア人とは生活形態、民族的にも大きく異なる。

さて、前項まででは、ナイロビ、ナクル、キスムにおけるNGOの活動を述べてきた。ナイロビ、ナクル、キスムの都市部では、主に、生産から切り離されてしま

¹⁷ Aggony Aluso氏 (Program Officer on Community Empowerment, Kenya Female Advisory Organization : KEFEADO) とのインタビュー (2004年 8月 3日)。また、KEFEADOに関しては、以下のウェブサイトも参照されたい。 <http://www.kefeado.co.ke/index.asp>

った都市部貧困層に根ざしたエイズ対策が行われていた。しかし、これら地域に見られた文脈は、ケニア北部地域には通じないように思われる。ケニア北部地域で示唆されるのは、厳しい自然環境、公的サービスへの圧倒的なアクセスの悪さであり、それらがエイズ対策をも困難にしているのではないかという点だ。ここでは、マルサビットとモヤレで活動するNGOへの取材から、これら地域のエイズ対策について言及する。

まず、マルサビットに本部を置くNGO、「牧畜民地域開発機構」(Pastoralists Community Development Organization : PACODEO) について述べる。このPACODEOの活動は、マルサビットが従来から抱えており、HIV/AIDS問題の一つの要因とも推測された、就学率の低さという問題に取り組むことから始まったようだ。

インタビューに応じたステファン・アリ・ゴラット (Stephan Ali Gorat) 氏によると、マルサビットおよび周辺の地域では、基礎教育を受けた人が少ないためか、社会の問題点に対して住民が無自覚で、その無自覚さがさらなる貧困につながっているように思うようだ。また、彼は、マルサビットでは、電波状況が悪く、テレビやラジオの受信が困難なことから、他からの支援を受けるために必要な情報も得難いこと、地理的な理由から援助機関と接触するのも困難なことも訴えていた。さらに、マルサビットでのVCTサービスは、市街地の中心以外にはないことが問題だという。多くの人々が、広大な地域に散らばって牧畜生活を営んでいるマルサビットでは、人々への平等なアクセスを確保するためには、移動VCTサービスを行うなど、遠隔地の人々への配慮が必要と述べた¹⁸。

ナイロビなどの大都市では、過当競争が起きかねないほど多くのVCTが設立され、さらに、まだ限られているとはいえ、一般市民へのARTアクセスが実現しつつある。このような状況に比べると、マルサビットでのエイズ対策の手薄さが浮かび上がる。

では、このような地域で、実際にエイズ対策として、PACODEOはどのような活動を実施しているのだろうか。彼らは、まず、HIV/AIDSに関する意識の向上のため、NAS COPから3万5000ケニアシリング(約4万4100円)¹⁹の資金援助を得て、セミナーやワークショップを開催した。ワークショップでは詩や劇を活用し、住民の関心を集めるようにした。また、生活の厳しさから、飼育している動物や、草場、

¹⁸ Stephan Ali Gorat氏 (Director, Pastoralists Community Development Organization : PACODEO) とのインタビュー (2004年7月28日)。

¹⁹ 2004年現在、1ケニアシリングは約1.26円に相当。

水場の取り合いで、近隣住民同士で弓や銃で殺し合いになることも多いという問題もあった。そのため、カナダ国際開発庁（Canadian International Development Agency : CIDA）から150万ケニアシリング（約189万円）の資金援助を得て、平和構築プロジェクト（Peace and Consignation Project）も行っているという²⁰。

ついで、ケニア・エチオピア国境の町モヤレで活動する「牧畜民コミュニティを救え」（Save Pastoralist Community : SAPCO）というNGOとのインタビューから得られた点について述べる。

インタビューに応じたモハメド・アミノ（Mohamed Amino）氏によると、1999年頃から、モヤレ付近でエイズによる死が広がり始めたのを契機に、SAPCOは活動を開始した。この地域までは、ケニア政府の保健医療はほとんど届いていないため、状況を変えるためには、自分たちで行動を起こす必要があったという。

実際の活動は、(1)女子児童の就学率向上、(2)貧困削減、(3)エイズ対策、を目標に行っているという。SAPCOがこのような活動を開始したのは、当地に特有な社会の問題点があったからだ。つまり、モヤレでは、基礎的教育を受けている人が非常に少ない。アミノ氏によれば、初等教育就学率は男子で20～30%、女子は約5%、中等教育就学率は男子15～20%、女子3～4%であるという。もともと地域にあった文化社会的風習（女性生殖器切除 Female Genital Mutilation : FGM、夫を亡くした女性の相続、婚外交渉）がHIV感染拡大に拍車をかけているように思えるのだが、HIVに対する人々の意識も非常に低く、行動変容が困難だという。

その他の社会的背景としては、現金収入獲得の困難さがあげられる。モヤレは乾燥地帯に位置しており、農業を営むことは難しいという。従って、人々は牛やらくだの遊牧生活をしている。現金収入を得るためには、飼育している牛やらくだを売る位しか機会がない。平均的な一つの家族は、牛を数頭から十数頭飼育しているそうだが、1人の子どもを1年間、義務教育に通わせるためには、牛1頭分程度の現金が必要なのだという²¹。同時に、子どもが労働力として期待されているという状況もあり、就学率を上げるのは難しいという。

²⁰ Stephan Gorat氏とのインタビュー（2004年7月28日）。

²¹ 牛を1頭売って得られる収入は1万～1万2000ケニアシリング（1万2000～1万5000円）。ケニアでは、2002年12月の大統領選挙による、現キバキ大統領の就任以降、初等教育は無料化された。しかし、教材費、制服購入費、通学費用等は依然として有料なのである。モヤレにおける、1学期毎の合計学費は、学校毎に違いはあるものの、平均的には、5000～6000ケニアシリング程度だという（モハメド・アミノ氏談）。従って、1人の子どもに初等教育を受けさせるのに、牛を1頭売却して得られる程度の現金が必要なのだそう。子どもが大勢いる家庭にとって、すべての子どもに教育を受けさせるのは、難しいに違いない。

また、現金収入を得る機会が少ないことから、若者は都会に出て行き、多くは警備員として職を得る。健康に関する知識が十分でないためか、薬物依存になったり、HIVに感染したりして帰郷する者も多い。モヤレはナイロビからエチオピアの首都アディスアベバへ続く街道沿いにあり、若い女性は、セックスワーカーになることもままある。児童売春もあるという²²。

モハメド・アミノ氏とのインタビューからは、SAPCOの活動の具体像は見えなかった。また、PACODEO、SAPCOともに、現地活動サイトで調査を実施することはできなかった。したがって、得られた情報に限界があるのは否めない。しかし、彼らへの取材からは、HIV/AIDS問題における、地域格差が浮かび上がってきたと言えよう。

4. 地方都市におけるエイズ対策の小括

ナイロビ以外の地域におけるHIV/AIDSの状況には、各地域にHIV/AIDS流行以前からあった問題点が反映しているように思われる。現在、ケニアのエイズ対策は、国レベルで策定された、予防・啓発、VCT、治療、PLWHAへのケア・サポートというふうパッケージ化された政策を軸に動いている。国家戦略なしに、系統的な対策を進めることは非常に困難であろうから、エイズ対策を推進する上で、このような国家戦略を立案することは、言うまでもなく非常に重要である。しかし、実際に、これらのプランがどのように実行されているのかは、実施する各地域のキャパシティに左右される。多くの地域では、中央から押し寄せる政策と、従来から続いている物的・人的資源不足等に由来するキャパシティ不足の板ばさみになっているように見受けられた。エイズ対策を、計画に沿うように実行していくためには、保健医療セクター全体の能力強化が必要である。

さて、HIV/AIDS流行は、地方の保健セクターにとって、大きなインパクトであったに違いない。そして、そのインパクトには陰と陽の二つの側面があったように思う。一つは、さらなる負荷としてのHIV/AIDSである。つまり、地方においては、そもそもHIV/AIDS流行以前から、人々の、保健医療サービスへのアクセスは、限定されていた²³。エイズ対策においても、HIV/AIDSに特化した対策とともに、物

²² Mohamed Amino氏 (Director, Save Pastoralist Community : SAPCO) とのインタビュー (2004年7月28日)。

²³ 2000年における全出産のうち、専門家の付き添いがあった出産の割合は、推定で44.3%である。適切に予防接種を受けた1歳児の割合は、2001年の風疹 (Measles) では、推定78%で、2002年のジフテリア・ポリオ・破傷風 (DPT) 3種混合では、推定84%である (UNAIDS/WHO [2004])。

的・人的な不足、さらには資源偏在という従来から続く問題点にも取り組み、基本的な保健医療サービス全般への平等なアクセスの確保が、必要不可欠と言えよう。

二つ目は、その一方でHIV/AIDSという援助枠の存在が、地方保健セクターにとって僥倖になったのではないかという点である。つまり、従来からの援助枠と別に、GFATMや大統領エイズ救済緊急計画（President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR）のようなHIV/AIDS特化の資金源が生まれてきており、エイズ対策には、比較的資金がつきやすくなってきたということである。そのため地方保健セクター全体の強化につながったという側面もあるかもしれない。この点に関しては、今回は、十分に検討することができなかった。

今回、ナクル、キスム、マルサビットとモヤレの各地域で活動するNGOへの取材から浮かび上がってきたことは、従来から問題になっていた保健医療セクターにおけるキャパシティ不足という点であった。今後は、この問題点を解決していくための対策が望まれる。

第5節 ケニアのエイズ対策の抱える問題と欠落点

以上より、ケニアのエイズ対策の現状を簡潔にまとめると、(1)政府のエイズ対策は戦略や指針の策定の面では周辺国よりも進んだ点もあるし、各セクターの調整といった部分では一定の力を持ちつつあるが、政策の実践面では十分な効果を上げておらず、むしろ停滞している。そのなかで、(2)国際NGO、国内NGO、PLWHA組織、宗教系組織や病院が実際のオペレーション面で連携し、海外のドナーの資金などを財源に事業の拡大に取り組んでいる。その結果として、エイズ対策は、数年前に比べれば飛躍的な進歩を遂げているといえる。しかし、それでも現実のHIV/AIDS問題のインパクトやスケールに照らして考えた場合、そこには大きな問題や欠落点が存在するといわざるを得ない。以下、3点を挙げておきたい。

1. 地域的な格差と断裂

すでにみたように、ケニアのエイズ対策はナイロビと他の地方、また他の地方のなかでも都市と農村で大きな格差が存在する。ナイロビに多くのVCTセンターが存在する一方で、一つもVCTセンターがない県も存在している。ナイロビ市内の貧困地域に着目しても、ナイロビ最大のスラムであるキベラ地区の北部には、多く

のNGOが進出しているが、ナイロビ西部・東部の一部のスラムには、こうした活動なり資源なりが全く存在していないところもある。

ケニア社会の特徴は、たとえばナイロビ市内の一つの地区といったごく狭い地域をみても、そこに大きな断裂と格差が存在しているということである。その格差には、およそ合理的な理由によって生じたものではなく、半ば偶発的に形成されたものも多いが、そこに生きる人々にとっては、それは所与の、絶対的なものとして存在している。こうした格差の是正は本来、公共政策の領域であるが、政府はそれらを埋めるだけの能力を有しておらず、また、こうした断裂や格差を埋めるための戦略も構築されていない。

2. エイズ対策と他分野との連動

ナイロビなど大都市の貧困地域においては、エイズ遺児やすでに発症したPLWHAなど、食料をはじめとする人間生活の基本的ニーズへのアクセスに困難を抱える人々が非常に多く存在する。もちろん、これらの人々への食料支援や在宅ケアなどは、エイズ対策の大きな課題だが、実際のところ、彼ら・彼女らが抱えている課題は、HIV/AIDSだけにあるのではない。食糧生産と切り離され、なおかつ賃労働にアクセスすることのできない都市貧困層の「生活」をどう再建していくか、という、コミュニティや零細企業育成、生活力の再形成をしていくことが不可欠なのである。

そのためには、インフォーマル・セクターも含めた多様な都市のサービス産業の育成などを含む、広義の収入創出活動（Income Generation Activities）の促進、コミュニティで消費する食料の一定部分を自分で生産できるようにするような都市自営小規模農業の導入、といったHIV/AIDSへの直接の対策とは別の分野の活動と、エイズ対策との連動が必要である。とくに、地域の小規模な民間セクターがエイズ対策に参加していくような枠組み作りが急務と思われる。この点に関する政策形成がみられないことは、一つの大きな問題であろう。

3. 既存の社会構造がはらむ暴力性の緩和の必要性

ナイロビは、全市の人口の55%が、市の面積のわずか6%のスラム地域に住んでいるという、世界の他の主要都市にもあまり例を見ない極端な都市構造を有している（松田 [1996]）。ケニア全土で見ても、所得分配の極端な不均等は明確であり、富裕な階層に属する人口の上位10%が富の37.2%を占有する一方で、貧困階層の10%は富の2%しか所有していない（2000年）という現状であり、ジニ係数は44.9に達

している（1997年）²⁴。

こうした構造が、一つは多くの男性を出身地域から引き剥がして単身労働に、また、現金収入の手段を持たない女性たちをセックスワークへと向かわせ、結果としてHIV/AIDSの大規模な感染拡大を引き起こしてきた。また、こうした社会構造がHIV/AIDSに対する取り組みをあらゆる面で阻害していることは明らかである。HIV/AIDSのインパクトを長期的に軽減していくためには、出稼ぎに頼らず、地方において人々が一定水準の生活を享受できるような地方の経済的エンパワーメント、都市における貧困層の生活の基本的ニーズの確保や就労へのアクセス確保といった、より大きなレベルの経済政策の展開によって、既存の社会構造がはらむ暴力を長期的に緩和していくことが重要と思われる。

HIV/AIDSの拡大が、社会構造を大きく反映したものである以上、エイズ対策はたんにHIV/AIDSに直接アプローチするもののみであってよいはずはない。むしろ、他分野と連動した事業の形成や、国・地域の断裂、ケニアの社会・経済構造がもつ暴力性を緩和する施策がより重要であるはずである。そのためには、現在HIV/AIDSへの直接的な対策の要をなしているNGO他のセクターに加えて、国家、政府、公共セクターが本来の役割を回復し、エイズ対策においても、よりマクロな課題においても、イニシアティブをとっていくことが重要である。ケニアが真にHIV/AIDS問題を克服することができるかどうかは、そこに大きくかかっている。

主要参考文献

<日本語文献>

外務省民間援助支援室 [2003] 『平成14年度NGO活動環境整備支援事業 保健分野のNGO研究会報告書』 [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiiko/oda/seisaku/seisaku_4/shien/02_hoken/chp_3_2.html]

[2004] 『どうする！？NGOのHIV/AIDSプロジェクト』（近日中に外務省ホームページにPDFファイルがアップロード予定。注1参照）

松田素二 [1996] 『都市を飼い慣らす：アフリカの都市人類学』 河出書房新社。

²⁴ CIA World Factbook (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>) のデータによる。

<外国語文献>

- Central Bureau of Statistics [2001] *Statistical Abstract 2001*, Nairobi : Central Bureau of Statistics, Ministry of Finance and Planning, Republic of Kenya.
- [2003] *Kenya Demographic and Health Survey 2003*, Nairobi : Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, Republic of Kenya.
- Ministry of Health [2001] *AIDS in Kenya : Background, Projections, Impact, Interventions and Policy Sixth Edition*, Nairobi : National AIDS and STD Control.
- UNAIDS/WHO [2004] *Kenya Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, 2004 update.
- WHO [2004] *Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale Up : Kenya*, July 2004.
[<http://www.who.int/3by5/countryprofiles/en/>]

ケニア 各州区分

