

第4章

ボツワナ・南アフリカ

エイズ治療規模拡大への課題

牧野久美子

はじめに

本章は、アフリカのなかでも現在最もHIV/AIDSの影響を強く受けている南部アフリカ地域の二つの国、ボツワナと南アフリカをとりあげる。国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS:UNAIDS）の推計によれば、2003年末のボツワナの成人HIV感染率は37.3%で、これは全世界の国々のなかで2番目に高い感染率となっている（第1位は、やはり南部アフリカに位置するスワジランド）。一方、南アフリカには、一国としては世界で最も多い約530万人のHIV/AIDSと共に生きる人々（People living with HIV/AIDS:PLWHA）がいると推計されている（UNAIDS [2004]）。両国とも鉱産資源に恵まれ、アフリカ諸国のなかでは比較的豊かな国であるが、極端な貧富の差が存在すること、また都市化や出稼ぎなどによる激しい人口移動が、この地域でとくにHIV感染が拡大してきた背景にあるとしばしば指摘されている。

HIV感染拡大の背景には類似点が多いボツワナと南アフリカであるが、それへの対応においては、とくに母子感染予防やHIV感染者の治療（エイズ発症の抑制）に用いられる抗レトロウイルス薬（Antiretroviral drug:ARV）導入への道のりにおいて、際違った相違が見られる。ボツワナ政府は、開発パートナーの全面的なバツ

クアップを得て、他のアフリカ諸国に先駆けて2001年に公的セクターにおける抗レトロウイルス薬療法 (Antiretroviral therapy: ART) 実施を決めた。それに対し南アフリカでは、もともと比較的保健インフラが整っているにもかかわらず、ARVの安全性への懸念などを理由として、母子感染予防プログラムやARTプログラムの公的セクターでの導入が遅れることになった。私立の医療機関が発達している南アフリカでは、その間、経済的に余裕のある一部のHIV感染者は私費でARTを受けて生きながらえる一方、公的な医療機関に頼る多くの貧しいPLWHAはHIV感染の事実を「死刑宣告」と受け止めるしかないという状況が生じてきた。このような治療格差は、誰もが必要な治療を受けられるようになることを求める「治療行動キャンペーン」(Treatment Action Campaign: TAC) という社会運動を生み、エイズ対策が大きな政治的争点になった末、ようやく2004年から公的セクターでのARTが始まった。

以下、第1節でボツワナと南アフリカにおけるHIV感染拡大の状況を見たのち、第2、3節で両国のエイズ対策の沿革を、公的セクターにおけるART導入までの経緯を中心にまとめる。そして第4節では、ARTの規模拡大(スケールアップ)に焦点を当て、両国の今後の課題を考察する。

第1節 HIV感染拡大の状況とインパクト

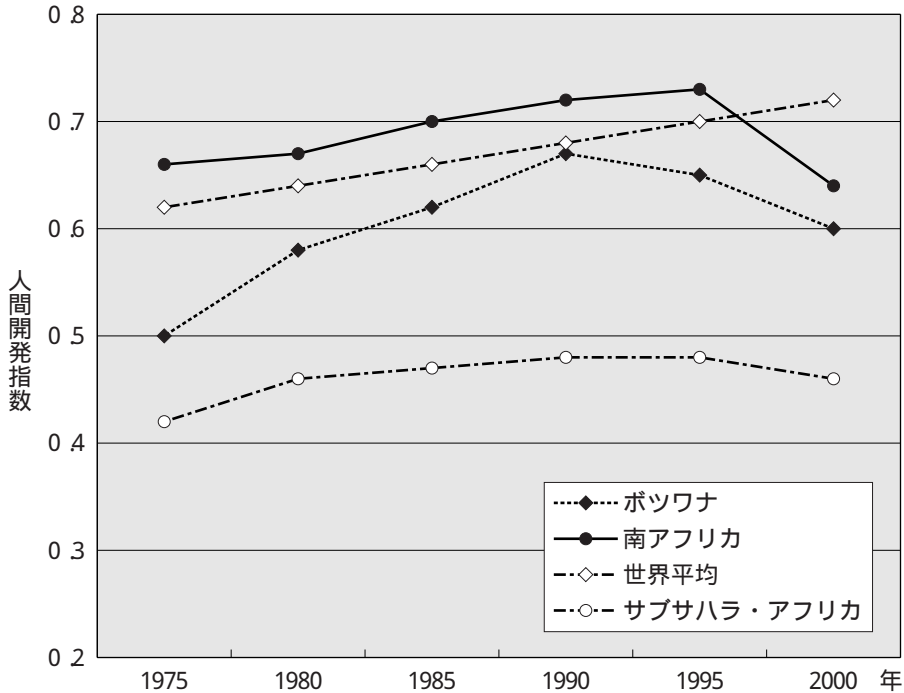
本節では、ボツワナと南アフリカのHIV感染拡大の状況について、公表されている各種サーベイランス結果に基づきまとめたのち、両国におけるHIV/AIDSのマクロ・レベル、また世帯レベルでの影響について、いくつかの既存研究を紹介する。

1. ボツワナにおけるHIV感染拡大状況

1966年にイギリスから独立したボツワナは、独立後にダイヤモンド鉱床が発見されると、ダイヤモンド、銅・ニッケルなどの鉱産資源輸出を原動力として、世界屈指の高成長をとげてきた。アフリカでは例外的に、独立以来、大きな紛争もなく、ボツワナ民主党 (Botswana Democratic Party: BDP) の一党優位体制のもと、政治的安定を保ってきた¹。

¹ ボツワナの政治体制の特徴については、遠藤 [1997] を参照されたい。

図1 ボツワナ・南アフリカの人間開発指数の推移

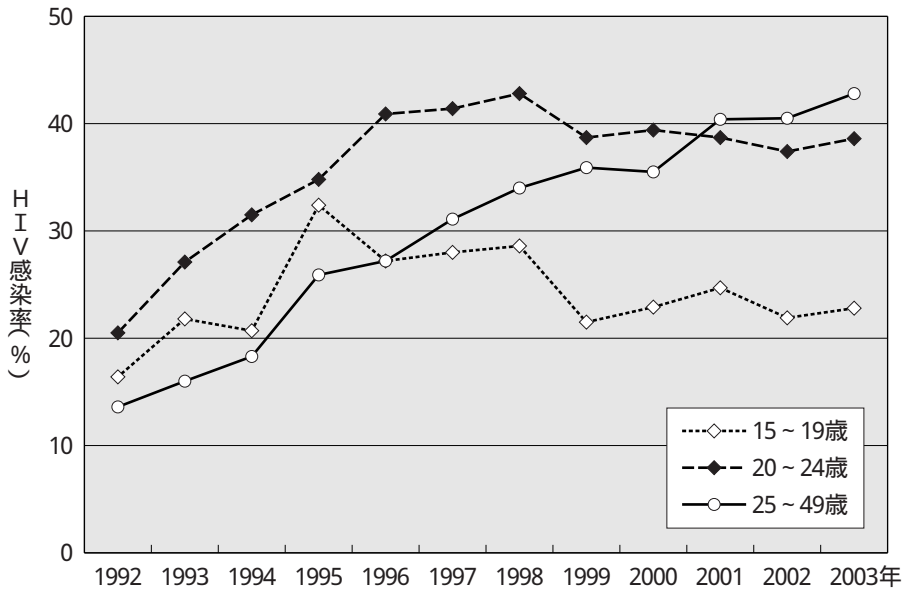


(出所) 国連開発計画 (UNDP) 人間開発報告ホームページ (http://hdr.undp.org/statistics/data/index_countries.cfm) より筆者作成。

ボツワナでは、独立以来、初等・中等教育の普及や保健関連施設の整備など社会開発の面で成果がみられ、1990年には国連開発計画 (United Nations Development Programme: UNDP) の人間開発指数がほぼ世界平均にまで近づいた。しかし、その後、人間開発指数は下落している (図1)。その最大の要因がHIV/AIDSの影響による平均寿命の低下である。

UNAIDSによれば、ボツワナの2003年末における成人 (15~49歳) のHIV感染率は37.3%と推定され、スワジランド (38.8%) に次いで世界で2番目となっている (UNAIDS [2004])。妊産婦を対象としたセンチネル・サーベイランスでは、2003年の妊産婦のHIV感染率は、年齢別に見ると25~49歳で42.8%と最も感染率が高くなっている。地域別に見ると、北部・東部の国境地帯で最も感染率が高く、南部・西部では比較的低くなっている。感染率の高い地域は、長距離トラックの通る幹線道路沿い、または操業中の鉱山付近にあたる。また、都市部と農村部で比べると、都市部のほうが若干高いものの、大きな違いは見られない (都市部37.9%、農村部

図2 ボツワナの妊産婦の年齢グループ別HIV感染率、1992～2003年



(出所) Masupu et al. eds. [2003a : 29]

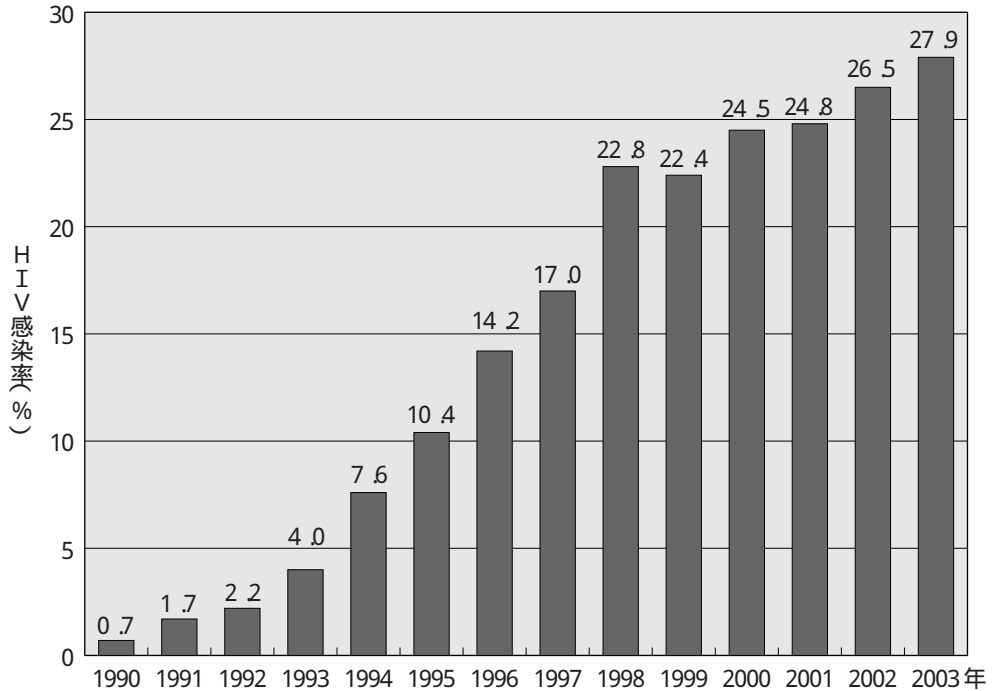
36.5%) (Masupu et al. eds. [2003a])。1992年からの趨勢を見ると、25～49歳の妊産婦の感染率は一貫して増加傾向にあるが、20～24歳は1998年をピークとして以後ほぼ一定で、15～19歳については1995年をピークとして減少したのち、1999年以降はほぼ一定となっている(図2)。

2. 南アフリカにおけるHIV感染拡大状況

南アフリカでアパルトヘイト体制が崩壊し、解放闘争の中心的組織であったアフリカ民族会議 (African National Congress: ANC) が政権の座に就いたのは1994年のことであった。以来、旧体制下で差別されていた黒人²層向けを中心に、住宅建設、水道・電気の普及などの社会基盤整備がすすめられてきている。しかし、貧困

² 周知の通り、南アフリカの apartheid 体制の根幹には、白人 (White)、インド系/アジア系 (Indian/Asian)、カラード (Coloured)、アフリカ人/黒人 (African/Black) のヒエラルキーを伴う4つの人種区分があった。現在では、このような区分は法律上は廃止されているが、人口センサスをはじめとする様々な調査で、人種を尋ねる (自己申告によって分類する) ことが多く、本稿でも南アフリカで現在でも一般的に流通している呼称として、上記の人種区分を必要に応じて用いる。ただし、「黒人」は、白人以外の、apartheid 体制下で差別されていた人々全体を指すものとして使用し、インド系/アジア系やカラードを含まない (狭義の) アフリカ人/黒人については、アフリカ人と表記する。

図3 南アフリカの妊産婦のHIV感染率、1990～2003年



(出所) Makubalo et al. [2003 : 6]

軽減の鍵を握る雇用創出がいっこうに進まず、失業率が公式統計の狭義の数字でさえ30%近いなかで、貧困や所得格差は依然として残っているのが現状である。

南アフリカにおけるHIV感染拡大は、ちょうど民主体制への移行と時を同じくして起こった。妊産婦のHIV感染率は1990年には0.7%に過ぎなかったが、1990年代半ばから後半にかけて急上昇している(図3)。南アフリカがボツワナと比べてエイズ対策で遅れをとったのは、一つには、体制移行の難事をなすのに忙しく、並行してHIV/AIDSに十分に取り組むことができなかったからであるという指摘もある(Marais [2000])。ボツワナ同様、やはりエイズの影響による平均寿命の低下によって、南アフリカの人間開発指数は1990年代半ば以降に落ち込んでいる(図1)。

2003年末の南アフリカにおける成人のHIV感染率は、UNAIDSの推計によれば21.5%である。感染率こそボツワナより低いものの、約4500万人の人口をもつ南アフリカには、一国としては最も多い約530万人のHIV感染者がいると見られている(UNAIDS [2004])。地域別では、妊産婦のHIV感染率のデータから、東部のクワズールー・ナタール(KwaZulu-Natal)州が最も感染率が高く、西ケープ(Western

Cape) 州が最も低いとされているが (Makubalo et al. [2003])、ネルソン・マンデラ財団 (Nelson Mandela Foundation) と人文科学調査評議会 (Human Sciences Research Council : HSRC) の調査 (Shisana and Simbayi [2002]) では、クワズールー・ナタール州よりも、ムプマランガ (Mpumalanga) ハウテン (Gauteng) フリー・ステイト (Free State) の3州のほうが感染率が高いとしている。

3 . HIV感染拡大のインパクト

HIV/AIDSは、両国の人々の生活に大きな影響を与えている。近しい人をエイズのために失うことは、精神的につらいだけでなく、経済的にも大きなダメージとなる。HIV/AIDSの経済的影響は、個人・世帯のレベルでは、病気で働けなくなったり、病気の家族の面倒を見るために仕事ができなくなったりすることによる収入の低下、および医療関連や葬儀のための支出の増大といった形で直接的にあらわれる。企業にとっては、HIV/AIDSは生産性の低下や、労働力供給低下による労働コストの上昇などをもたらす。マクロ・レベルでは、経済活動が停滞すれば、経済成長が鈍化するとともに、政府の税収は減少し、一方で保健支出などの社会支出は増加することから、財政の悪化がもたらされる。

ボツワナ開発政策分析研究所 (Botswana Institute for Development Policy Analysis : BIDPA) の推計によれば、ボツワナの世帯所得はHIV/AIDSの影響によって平均8%低下する。とくに、もともと貧しい世帯では影響がより深刻に感じられ、所得下位25%の世帯では、一人の収入で養われる家族や親族の人数は25%増加し、一人あたりの所得は13%減少するという (BIDPA [2000])。マクロ経済への影響は、同じくBIDPAの推計によれば、1996~2021年のGDPの年間平均成長率は、HIV/AIDSがなければ3.9%を見込めたところ、HIV/AIDSの影響により1.9~2.8%に落ち込むという (Harvey [2001])。

南アフリカにおいても、ヘンリー・J・カイザー・ファミリー財団 (Henry J. Kaiser Family Foundation) がHIV/AIDSの影響を受けている約700世帯を対象に実施した調査では、調査対象世帯の3分の2以上が所得の減少を経験していると回答した。所得が減る一方で医療費や葬儀費用など支出がかさみ、持ち物を売ったり、衣料費や電気代、さらには食費などの支出を減らしたりして対処していること、病人のケアの担い手が女性に集中し、女子は男子よりも学校からドロップアウトする割合が高いこともこの調査で示されている (Steinberg et al. [2002])。

南アフリカのマクロ経済への影響については、Arndt and Lewis [2000]、BER

表1 ボツワナ・南アフリカのHIV感染拡大の状況

	ボツワナ	南アフリカ
成人（15～49歳）HIV感染率（2003年末）	37.3%	21.5%
総人口	177万人	4480万人
HIV感染者数（2003年末）	35万人	530万人
うち成人女性	19万人	290万人
うち子ども（0～14歳）	2万5000人	23万人
エイズによる死者数（2003年）	3万3000人	37万人
エイズによる遺児（0～17歳）	12万人	110万人

（出所）UNAIDS [2004]、WHO [2004b] より筆者作成。

[2001] Bell et al. [2003] などいくつかの試算が存在しているが、Nattrass [2004 : ch. 6] がレビューしているように、仮定やモデルの違いによってシミュレーション結果は相当に異なっている。いずれも経済成長率の低下と財政赤字の拡大を予測しているが、BER [2001] は一人当たり所得の上昇や失業率の低下といった、一見すると望ましく思える変化をもたらすと予測している。これはHIV/AIDSの影響による労働力不足が賃金上昇を招き、また人口増加率がHIV/AIDSの影響がなかった場合よりも低くなるために生じる、パラドクシカルな現象である。しかし、HIV/AIDSが生産性や政府支出などに与える影響がより大きいと仮定するArndt and Lewis [2000] は、HIV/AIDSの影響により一人当たり所得は2020年にHIV/AIDSの影響がなかった場合よりも8～13%低くなり、失業率についても半熟練・非熟練労働者については上昇し、全体の失業率が下がることはないと予測している。

第2節 ボツワナのエイズ対策

1985年にボツワナ国内で初めてのエイズ症例が報告された。その2年後には「国家エイズ・コントロール・プログラム」(National AIDS Control Programme : NACP) が設立され、1987～1989年の「短期計画」(Short Term Plan : STP) が策定された。その後1989～1993年の期間をカバーする「第一次中期計画」(Medium Term Plan : MTP) が続いた。STPおよびMTP においては、血液スクリーニング、サー

ベイルランス、臨床管理等に重点が置かれていた。この時期までは、HIV/AIDSは保健政策の枠組みのなかで取り扱われていたといえる。

MTP の終了後、ボツワナのエイズ対策は保健政策の一部から、マルチ・セクターで取り組むべき国家的政策へと位置づけが変化した。1993年には「国家エイズ政策」(National AIDS Policy)がつくられ、子ども、女性、職場などイシュー別のワークショップ開催を経て、1997~2002年の「第二次中期計画」(MTP)が策定された。MTP ではマルチ・セクターでの取り組みが強調され、各セクターの代表から構成される国家エイズ評議会 (National AIDS Council : NAC) がエイズ対策に関する政府の最高諮問機関として、様々なプログラムの調整やモニタリング・評価にあたることになった。MTP ではエイズ対策実施における地方政府の役割が強調され、地区 (district) 別のマルチ・セクター・エイズ委員会 (District Multi-Sectoral AIDS Committee : DMSAC) が設置され、地区レベルの調整や政策実施促進にあたることになった (Republic of Botswana [1997])。

MTP においては、HIV感染拡大の阻止とHIV/AIDSが社会に与えるインパクトの軽減の2点が主要な目的と位置づけられた。しかし、ボツワナのHIV感染率は上昇しつづけ、2000年にモハエ (F. Mogae) 大統領はHIV/AIDSを国家非常事態と宣言し、自らNACの議長に就任した。また、同年、NACの事務局として国家エイズ調整局 (National AIDS Coordinating Agency : NACA) が設立された (Morrison and Hurlburt [2004])。この頃からボツワナのエイズ対策は治療体制の強化を含みこむものへとシフトしていき、同年中に公的セクターにおけるARTの導入を政府が決定した (UNAIDS [2002a])。アフリカ諸国としては初めて、治療を必要とするHIV感染者・エイズ患者に無料でARTを提供するというこの計画は、マサ・プログラム (Masa Programme : 「マサ」はツワナ語で「夜明け」の意) と名付けられ、まずは首都ハボロネ (Gaborone) と第二の都市フランシスタウン (Francistown) など4カ所で2002年1月に開始され、その後各地へと拡大した。また、試験的に実施されていた母子感染予防プログラムや自発的カウンセリング・検査 (Voluntary Counseling and Testing : VCT) センターの全国的拡大も図られ³、予防・啓発以外のプログラムの幅が一気に広がった。

このほかに、企業を単位としたエイズ治療の取り組みもある。とくに、ボツワナ

³ “Botswana: IRIN Interview with National AIDS Coordinator,” *IRIN*, August 29, 2001. [http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=10869&SelectRegion=Southern_Africa&SelectCountry=BOTSWANA]

政府と世界最大のダイヤモンド採掘企業であるデビアス（De Beers）社が50%ずつ所有する、デブスワナ（Debswana）社の事例は、UNAIDSのベスト・プラクティス・コレクションで紹介されるなど、国際的にも注目されてきた（UNAIDS [2002b]）。デブスワナ社はボツワナ国内の4つのダイヤモンド鉱山を操業し、ボツワナの輸出収入の70%、GDPの30%、政府歳入の50%を一社で稼ぎ出している⁴。同社では、1991/92年からフルタイムのエイズ・プログラム・コーディネーターを置き、予防・啓発などを行ってきたが、1996年から1999年頃にかけて職場へのHIV/AIDSの影響が顕著になったことから、1999年から社内で任意のHIV検査を実施するようになった。そして2001年には、政府のマサ・プログラムに先駆けてHIV陽性の従業員とその配偶者へのART提供を開始した。

ボツワナ政府の発表によれば、このように民間部門でARTを受けている人々を含めると、ボツワナ国内でARTを受けている人数は、2004年6月現在で合計約2万4000人である⁵。世界保健機関（World Health Organization : WHO）の推計では、2005年にボツワナでARTを必要とする人々の数は約6万人であり（WHO [2004 : 61]）、順調にARTプログラムの規模が拡大されれば、2005年までにARTを必要とする人々の半数をカバーするという「3×5」目標をクリアする可能性は十分にある⁶。

2002年までのMTP に代わって、現在は2003～2009年の「HIV/AIDS国家戦略枠組み」（National Strategic Framework for HIV/AIDS 2003-2009 : NSF）がボツワナのエイズ対策の基本文書となっている。NSFでは、MTP IIのマルチ・セクター・アプローチを継続しつつ、MTP IIで具体的目標を明示しなかった反省を踏まえ、目標を明確化したうえで確実に目標を達成するために実施体制を整えることに重点が置かれている。NSFは、すでに公的セクターでのARTが始まった段階で採択された文書であるが、最優先課題はあくまでもHIVの新規感染予防であることが明記されている。感染予防のための重点戦略には、VCTサービスの拡充、母子感染予防プログラムへの参加促進、行動変容を促すための広報活動等が含まれる。ARTを含む治療・ケア・サポートの提供は目標の2番目に置かれている。その他の目標

⁴ デブスワナ社のホームページ（<http://www.debswana.com>）による。

⁵ 第15回国際エイズ会議（2004年7月）におけるボツワナ代表団の配付資料、*MASA Special Edition*（Volume 9, June/July 2004）による。

⁶ ただし、「3×5」目標の分母にあたる、ARTを必要とする人々の数は、別の資料（HST [2004 : 328]）では倍近い111万人となっている。

は、政策実施体制の強化、心理的・社会的・経済的インパクトの軽減（遺児支援や貧困軽減事業など）、法体制の整備、である。これらの目標に沿った政策プログラム実施により、「HIV新規感染ゼロ」と「HIV/AIDSのインパクト軽減」を達成するとしている（Republic of Botswana [2003]）。

次節で見る南アフリカの場合と比較して、ボツワナ政府のHIV/AIDSへの取り組みで特徴的なのは、国外（とくにアメリカ合衆国）の援助・研究機関や製薬企業の関与が、計画作成から実施に至るあらゆる局面で目立つことである。とくに、製薬会社メルク（Merck）とビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団（Bill & Melinda Gates Foundation）がそれぞれ5000万ドルずつ拠出して2000年に設立したアフリカ包括的HIV/AIDSパートナーシップ（African Comprehensive HIV/AIDS Partnership: ACHAP）は、エイズ対策の策定・実施全般にわたって大きな存在感を示している。ACHAPはNSFの作成を含むNACAの活動を支援してきたほか、公的セクターでのART実施にあたっては、人材育成、薬剤の供給⁷、患者情報管理システムの開発など、さまざまな形で支援を実施している。このほか、VCTセンターの運営、予防・啓発、調査研究などを実施している米国疾病管理・予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）や、エイズ治療の拠点となっているハボロネのプリンセス・マリーナ病院（Princess Marina Hospital）内にボツワナ随一の検査ラボを持つハーバード・エイズ研究所（Harvard AIDS Institute）も、ボツワナのエイズ対策において重要な役割を果たしている。こうした状況について、ACHAPの広報担当者は筆者に対して「製薬会社やドナーと対立せず協力したことがボツワナの成功の秘訣」と胸を張ったが⁸、ドナーに「フリーハンド」を与えているボツワナのエイズ対策は、オーナーシップの面で問題があると指摘する研究者もいる⁹。

一方、ボツワナではNGOの活動は限定的であり（遠藤 [1997]）エイズ関連のNGOはボツワナ・エイズ・サービス組織ネットワーク（Botswana Network of AIDS Service Organizations: BONASO）を構成する51団体¹⁰をはじめ、あるにはあるのだが、南アフリカに比べるとその存在感は薄いといわざるを得ない。

⁷ メルク社は、ACHAPのパートナーシップが続く限り、インジナビル（略号IDV、製品名クリキシバン Crixivan）とエファビレンツ（略号EFV、製品名ストックリン Stocrin）の2剤を無償で提供することを約束している（ACHAP [2004 : 5]）。

⁸ Brad Ryder氏（Knowledge and Communications Manager, ACHAP）とのインタビュー、2004年7月29日。

⁹ Bertha Osei-Hwedie教授（Department of Political and Administrative Studies, University of Botswana）とのインタビュー、2004年7月30日。

¹⁰ 企業会員や開発パートナーを除く。出所はBONASOホームページ（<http://www.bonaso.org.bw/>）。

エイズ対策における最近の動きとしては、2004年から導入されたHIV検査のルーチン化が注目される。これは、人々が自発的にHIV検査に赴くのを待たず、身体の不調を抱えてクリニックや病院を訪れた人々に、HIV感染の疑いありと判断される場合には医師がHIV検査を促すという仕組みで、感染者の多くが感染の事実を知らないことが、ART規模拡大への最大の障害となっているという認識に基づくものである。マサ・プログラムの実施責任者は、これを従来のVCTサービスの「自発的オプト・イン」(検査を受けたいと自発的に申し出る人を検査する)から「ルーチンのオプト・アウト」(検査を受けたくないと言う人を除外する)への転換と位置づけ、病院等で行われる他の検査と同じような扱いをすることによって、HIV/AIDSにまつわるスティグマを軽減する効果もあるとしている¹¹。しかし、ルーチン検査の導入後、本人の知らない間に検査され、陽性結果をいきなり知らされて心の傷を負った例も報告されており、十分な説明やカウンセリングを伴わないルーチン検査への慎重論もある¹²。

第3節 南アフリカのエイズ対策

ボツワナのエイズ対策が、予防・啓発から治療を含めた包括的アプローチへ、また保健問題としての取り組みからマルチ・セクターでの取り組みへと、世界的なトレンドをなぞるような形で進展してきたのに対し、南アフリカのエイズ対策の道のりは、平坦とはほど遠いものとなっている。

その一つの理由は、先に述べたように、南アフリカでHIV感染拡大が民主体制への移行と同時期に生じたというタイミングの悪さに求められる。そこには、単に手が回らなかったというだけではなく、アパルトヘイト体制下にあった南アフリカ独特の人種問題も絡んでいた。というのも、南アフリカのエイズ対策の初期段階(1990年代初頭まで)では、他の多くの国々と同様、HIV感染予防のためのコンドーム使用が強調されたが、白人政権によって唱道されたとたん、多くのアフリカ人は、これを自分たちに子どもをつくらせないための政治的戦略ではないかと、不信感を抱

¹¹ “Botswana Opts for Routine HIV Tests : Living with AIDS # 198,” *health-e*, November 11, 2004. [http://www.health-e.co.za/news/article_audio.php?uid=20031143]

¹² Christine Stegling氏 (Coordinator, Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS : BONELA) とのインタビュー、2004年7月29日。

くことになったのである (Van der Vliet [2001 : 156])。アフリカ人の数的優位を脅威と感じていたアパルトヘイト政権は、白人に対しては手厚い養育手当を支給したり子どもの多い世帯を税制面で優遇したりして出産を奨励し、いっぽうでアフリカ人に対しては避妊を奨励したという経緯があったことを考えれば (牧野 [2003a])、このような不信感が生まれるのも仕方ないことかもしれない。このような、HIV / AIDSと人種問題との不幸な結びつきは、現在に至るまで、南アフリカのエイズ対策をめぐる混乱に影を落としている。

しかし、この時期に解放運動の指導層がエイズ対策の重要性を認識していなかったわけではなく¹³、民主化交渉の最中の1992年に、個別の政策案件としては例外的に、HIV / AIDSに関してANCと白人政府の双方の代表が参加する会議が実現している。この会議が契機となって南アフリカ国家エイズ調整委員会 (National AIDS Committee of South Africa : NACOSA) がつくられ、NACOSAが起草したエイズ計画は、1994年にANCが政権をとったのち、国家エイズ計画 (National AIDS Plan) として採択された。NACOSAのエイズ計画は、ちょうどこの時期に新憲法に入れる人権規定の内容が話し合われていたこともあって、女性の権利やPLWHAの参画への目配り、マルチ・セクター・アプローチの重要性の認識といった点で、かなり先進的な内容であったという (Schneider and Stein [2001 : 725] Marais [2000])。しかし、国家エイズ計画の担当部局を大統領府内に置き、政治的リーダーシップを示すべきだというNACOSAの提言にもかかわらず¹⁴、同計画の実施責任は保健省に委ねられることになった。このことは、NACOSAで示されていたマルチ・セクター・アプローチからの後退ととらえることができる。

保健省の監督下ですすめられることになったエイズ対策は、その後、数々のスキャンダルにまみれることになる。最初に起きたのが「サラフィナ」 (Sarafina) スキャンダルである。これは1995年に保健省が、正規の入札手続きを経ないまま、劇作家ンゲマ (Mbongeni Ngema) にエイズ啓発ミュージカルの製作を発注した事件で、エイズ対策予算の不適切な使用として批判を浴びた。1997年には、一部の

¹³ たとえば、南アフリカ共産党 / ANCのカリスマ的指導者で、1993年に暗殺されたハニ (Chris Hani) は、1990年に次のような発言をしている。「亡命していた我々は、この病気の人々が多い地域の不幸な状況を目の当たりにしてきた。我々の夢の実現が、エイズの流行によって阻まれることがあってはならない。統計によれば、我が国のエイズ流行は、まだ初期段階にある。しかし、このまま放置すれば、世紀末までに筆舌尽くしがたい損失と苦しみをもたらすことになるだろう」 (cited in Marais [2000 : 4])。

¹⁴ Marais [2000 : 22] によれば、当時のNACOSA幹部はこれを「ウガンダ・アプローチ」と呼んでいたという。

研究者の進言に基づいて、ヴィロディン（Virodene）という化学物質をエイズ治療薬として用いる方針が閣議決定されたが、ヴィロディンには治療薬としての効果がないばかりか、その安全性に問題があることがのちに判明した（ヴィロディンの成分はジメチルホルムアミドという工業用の溶剤であった）⁵。

さらに、ヴィロディンでの勇み足とは対照的に、ドラミニ＝ズマ（N. Dlamini-Zuma）保健大臣は1998年に、国際的に効果が認められているジドブジン（略号AZT）というARVによる母子感染予防プログラムを実施しない方針を示し、予定されていたパイロット・プロジェクトも中止すると発表した（Van der Vliet [2001: 167]）。このとき理由として挙げられたのは主に費用の問題であったが、1999年にマンデラ（N. Mandela）に代わりムベキ（T. Mbeki）が大統領になると、エイズの原因をめぐる論争が絡んできて、議論の様相は奇妙なものとなっていった。

南アフリカでは2000年にズマ（J. Zuma）副大統領を議長とする南アフリカ・エイズ評議会（South African National AIDS Council: SANAC）がつけられた。しかし、SANACはマルチ・セクターの形式をとりつつも、スポーツ界や著名人の代表、複数の伝統的治療師（traditional healers）が招かれる一方で、科学者や（西洋医学の）医師、HIV/AIDS関連の活動をしている主要なNGOのメンバーは招かれなかった（Van der Vliet [2001: 170]）。一方、ムベキ大統領はSANACの設立直後にこれとは別に「大統領エイズ諮問パネル」（Presidential AIDS Advisory Panel）を設置し、HIVとエイズは無関係である（従ってHIVの増殖を抑えるARVはエイズに対して無力で、副作用があるだけ危険である）と考える非主流派の科学者たち（AIDS dissidentsと呼ばれる）を招待し、HIVがエイズの原因であるとする主流派の科学者たちと同席させた。その結果、同パネルの報告書には、ARVの有害性を主張する非主流派とARV導入に向けて準備すべきという主流派の主張が併記されることになった（Presidential AIDS Advisory Panel [2001]）。なお、この時期には、新規感染予防、治療・ケア・サポート、人権、モニタリング・調査研究、の4つの柱からなる「HIV/AIDS・性感染症戦略計画」（HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa, 2000-2005）が策定されている。そのなかでは、ARVへの明確な言及はないものの、母子感染予防も目標の一つとされていた（Republic of South Africa [2000]）。

ムベキ大統領のエイズに関する非主流派科学への接近は、多くの人々を困惑させ、

⁵ 帚木 [2004] はこのヴィロディン・スキャンダルを題材とした小説である。

その理由について様々な憶測を呼んできた。背景としては、1997年に制定された改正薬事法をめぐって大手製薬企業の連合体が南アフリカ政府を提訴していた裁判の経緯もあって（第1章参照）、この間の南アフリカ政府と多国籍製薬企業との関係が非常に悪いものであったことが挙げられよう。ARVを求める運動は、製薬企業を南アフリカで儲けさせるための陰謀なのではないか、と示唆する発言がムベキ大統領を含む政府首脳からたびたび聞かれた（Van der Vliet [2001 : 174]）。しかも、それが人種主義的な陰謀、すなわち「ARVという毒薬を飲ませてアフリカ人を殺そうという企み」ととらえられていた、との指摘もある（Cameron [2003]）⁶。また、ムベキ大統領は、エイズの根本原因を貧困に求める旨の発言をたびたびしており¹⁷、これはHIVという特定のウイルスではなく栄養不足や環境汚染などをエイズの原因と考える非主流派のエイズ理解と重なる。しかし、貧困とエイズの結びつきの強調は、貧困がリスクの高い行動を誘発し、人々のHIV感染への脆弱性を高めるといった、HIV/AIDSの社会的文脈を重視する姿勢の現れとみることも可能かもしれない。

理由は何であれ、ムベキ大統領、そして解放闘争時代からムベキに近かったとされ、1999年から保健大臣を務めるチャバララ＝ムシマン（M. Tshabalala-Msimang）のARV導入への消極姿勢は大きな批判を招いた。批判の高まりを受けて、ようやく2001年初から各州2カ所（合計18カ所）のパイロット・サイトで母子感染予防プログラムが始まったが、保健省は全国規模での実施には消極的な姿勢を変えなかった。そのため、本章冒頭で触れたTACは、政府の方針が「医療を受ける権利」を保障した憲法に違反しているとして、2001年8月に政府を相手取って訴訟を起こした。TACの主な構成員はPLWHAとその家族だが、医療従事者や法学、経済学などの専門家も、裁判の過程でTACの主張を支持する証言を数多く行った。判決は、2001年12月のプレトリア高等裁判所、2002年7月の憲法裁判所とも、費用やARV

¹⁶ 一貫して主流派の西洋医学に基づくエイズ対策がとられてきたボツワナでも、エイズでみられる症状の原因や対処法について、人々の間では西洋医学とは異なる解釈が広く受け入れられている。そのため、人々のエイズ認識とずれたメッセージを送る予防・啓発活動の効果が薄いという指摘もある（Heald [2002]）。

¹⁷ たとえば、ムベキ大統領は、2000年のダーバン（Durban）における第13回国際エイズ会議の開幕にあたって、1995年の世界保健機関（WHO）の報告書から「極端な貧困こそが世界で最も多くの人を死に追いやり、病気を引き起こす原因となっている」という文言を引用し、「私には何もかも特定のウイルスのせいにすることはできないように思う」と述べた（“Speech of the President of South Africa, Thabo Mbeki, at the opening session of the 13th International AIDS Conference, Durban, 9 July 2000.” [http://www.gov.za/]）。

の安全面での問題を理由として母子感染予防プログラムの限定的実施を正当化しようとした政府の主張を退け、同プログラムの全国実施を政府に命令するものとなった¹⁸。敗訴して初めて、政府は母子感染予防プログラムの全国実施に踏み出した。

TACは母子感染予防プログラムをめぐる裁判終結後、引き続いて公的セクターでのART実施を求めた。2002年4月には、ART実施に向けた検討を開始するという政府発表があったが¹⁹、その後も正式決定が先延ばしされたことから、TACは2003年に入り、国会へのデモ行進（約2万人が参加）や非暴力直接行動による「市民的不服従運動」などを通じて政府に圧力をかけた。この頃までには、TACの活動は南アフリカ国内にとどまらず国際的にも認知されるようになり²⁰、国外からの南アフリカ政府への圧力も高まった。

その結果、ようやく2003年8月に公的セクターでのART導入が閣議決定され、保健省が同年11月までにARTを含む「南アフリカ包括的HIV/AIDSケア・管理・治療実施計画」(Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa. 以下、「実施計画」)を作成した。「実施計画」は、「包括的ケア・治療の提供」と「保健システムの強化」を二本柱としており、ARTについては、最初の1年間に全国53の保健区（health district）それぞれで少なくとも1カ所のサービス・ポイントを稼働させ、5万3000人がARTを開始すること、そして2年目以降は新規にARTを開始する人数を毎年増やしていき、2007/08年度には累計100万人以上を治療することが目標とされた（Department of Health [2003]）。実際に公的セクターでのARTプログラムが始まったのは、中央政府の決定に先駆けてARTを実施していた西ケープ州を除けば、2004年4月以降であり、同年9月までに新たに1万1000人以上がARTを開始したとされている（Department of Health [2004]）。

このように、南アフリカのARTプログラムの実現は、開発パートナーの支援を得て政府が決断し、トップ・ダウンで実施体制作りを進めてきたボツワナとは対照

¹⁸ 母子感染予防プログラムをめぐる裁判の経緯は、牧野 [2003b] を参照されたい。この裁判の訴状や専門家の証言内容、判決文などはTACホームページ（<http://www.tac.org.za/>）に掲載されている。

¹⁹ “Government Stages a Dramatic About-Turn on Its HIV/AIDS Policy,” *Business Day*, April 18, 2002.

²⁰ たとえばTAC代表のアハマト（Zackie Achmat）は『タイム』誌ヨーロッパ版の「ヨーロッパ・アフリカ・中東の英雄36人」の1人に選ばれた（2003年4月28日号。<http://www.time.com/time/europe/hero/heroes.html>）。

的に、PLWHAや医療従事者らの下からの突き上げによるところが大きかった。このことは、エイズ対策における政治的リーダーシップという観点からは否定的にとらえられる。しかし、全国的なARTプログラムが成功するには、政治的リーダーシップだけではなく、PLWHA自身の積極的な参加と、HIV/AIDS関連の活動を行うNGOや医療従事者の協力が不可欠である。そのことを考えれば、この過程でPLWHAの組織化が進み、NGOや医療従事者とのネットワークが強化されたことは²¹、今後のARTプログラムの展開にとってプラスに作用する部分もあるだろう。

第4節 ART規模拡大への課題²²

ここまで、公的セクターでのART導入までの道のりを中心に、ボツワナと南アフリカのエイズ対策の経緯を見てきた。南アフリカでボツワナよりもART導入に時間がかかった背景には、前節で見たようなエイズ認識に関わる混乱だけではなく、小国ボツワナとは異なり、人口が多く地域格差も激しい南アフリカで、全国で均等にサービスを提供しなければならない難しさもあったといえよう。まずはパイロット・サイトを選定して「できるところから始める」のは当然としても、「できるところだけで実施する」のでは、地域格差を固定し、むしろ拡大することになってしまふことから、国全体の医療機関のキャパシティ向上がARTプログラムの公正な実施には不可欠の条件となる。南アフリカの実施計画で「保健システムの強化」が強調されているのもそのためである。ARV価格が大幅に下がり、ARTプログラム

²¹ 典型的には、西ケープ州のカエリチャ（Khayelitsha）というタウンシップでHIV/AIDSクリニックを運営し、貧困地域における母子感染予防とARTプログラムの先行事例として国際的にも注目されてきた国境なき医師団（Médecins Sans Frontières: MSF）とTACの密接な関係を挙げることができる。また、2002年頃から筆者は南アフリカのHIV/AIDSについて断続的に調査を続けているが、感染者が定期的に集まって情報交換などを行うサポート・グループやコミュニティ密着型のボランティア組織（community-based organizations: CBO）を訪問した際、活動内容の聞き取りをしているうちに、実はそのグループのリーダーがTACのメンバーでもあるという話を聞くことがたびたびあった。TACは全国で約200の支部を持ち、約8300人がメンバーとなっている。州事務所・支部レベルのTACの活動で重要なのは「治療リテラシー」（Treatment Literacy）ワークショップで、これはPLWHA、医療従事者、学生などを対象に、HIV感染予防、ART、日和見感染症の治療、社会保障制度（社会手当など）、栄養などに関する情報を提供するものである（TAC [2004]）。

²² 本節の内容は、とくに断りのない限り、筆者が2004年7月にタイ（第15回国際エイズ会議、於バンコク）、南アフリカ、ボツワナで行った現地調査における聞き取り、およびSchneider [2003]、Schneider et al. [2004]、HST [2004] 等に基づいてまとめたものである。

への多国間・二国間の支援枠組みも整ってきたなかで（第1章参照）、ART規模拡大に向けた最大の課題は、財政的なものよりも²³、保健システムの強化、なかでも人材確保・育成であるといえよう。

ARVの扱いに慣れていない医療従事者のトレーニングの必要性に加え、南アフリカ、ボツワナとも、人材流出（労働条件のよいイギリスなど欧米諸国へ、また国内で公立から私立の医療機関へ）がART規模拡大への大きな障害となっている。その一方でボツワナでは、国内に医学部がないという事情もあって、外国人医師・看護師を積極的に登用している。筆者が見聞した限りでは、医師の国籍は様々だが、看護師はジンバブウェ、ザンビアなど周辺諸国から来ている場合が多かった。「3×5」目標のもと、途上国全体でART規模拡大が図られるなか、限られた人材が最貧国から中所得国へ、中所得国から高所得国へと流れるという構図が見てとれる。南アフリカでは現在、国内の失業率が高いこともあって外国人の雇用が制限されているが、「実施計画」では、僻地勤務に対する手当支給といったインセンティブ向上のための手だてをとると同時に、今後は外国人医療従事者の登用拡大も検討するとしている（Department of Health [2003]）。

このほか、移動する患者をトラックするための情報システムの構築、モニタリング・評価体制の確立、設備の改善（カウンセリングやサポート・グループの活動のためのスペース確保等）も保健システム強化のための課題に含まれる。また、一生にわたって服薬を続けるARTにおいては、薬剤の安定供給も重要な課題となる。急激にARVへの需要が高まるなかで、すでに南アフリカでは主要なARVの一つであるエファビレンツ（略号EFV。ボツワナではメルク社がACHAPを通じて無償提供している薬剤）の供給量が不足しているという²⁴。財源の確保、薬剤の調達に加え、輸送体制にも問題は多い。

検査を受けたり薬剤を受け取ったりするために定期的に病院に通わなければならない患者の移動手段の確保も重要である。治療そのものが無料であっても、貧しい患者にとっては交通費を出すのもままならない場合が多いからである。ボツワナ、南アフリカとも、社会手当や食糧配給などの公的支援制度はアフリカのなかでは比

²³ 本章では紙幅の関係で扱えなかったARTにかかる費用・便益の試算や財源については、Natrass [2004] およびMartin [2003] を参照されたい。

²⁴ “Letter from the AIDS Law Project on Behalf of the TAC to MSD Calling for More Generic Licenses for Efavirenz,” *TAC Electronic Newsletter*, 17 November 2004. [http://www.tac.org.za/newsletter/2004/ns17_11_2004.htm]

較的整っているが、PLWHAとそのケアの担い手²⁵のニーズに必ずしも合っているとはいえず²⁶、貧困対策のあり方をHIV/AIDSへの対応の観点から見直す必要がある。

また、ボツワナでは、より多くの感染者を治療へと向かわせるため、HIV検査受診者を増やす必要性が強調されている²⁷。先に述べたHIV検査のルーチン化はそれが目的である。一般論で言えば、ARTが普及し、エイズが「死に至る病」から「慢性病」へと変化すれば、HIV検査を受けるインセンティブが高まると考えられる。しかし、HIV/AIDSへの恐れや偏見は根強く、そのために検査を受けたがらない人がいまだに多いのも事実である。HIV感染を理由とした解雇などが横行していることも、人々にHIV検査受診を躊躇させる一つの要因となっている。スティグマ対策の強化やPLWHAの権利を保護するための法体制の整備はART規模拡大のためにも望ましい。また逆に、ARTが普及し、健康を回復するHIV感染者が増えれば、徐々にスティグマが軽減し、HIV感染を理由とした差別が減るといった効果が期待できる。

主要参考文献

<日本語文献>

遠藤貢 [1997] 「ボツワナ『民主制』の課題と展開」(林晃史編『南部アフリカ民主化後の課題』アジア経済研究所) pp.115 - 140。

帚木蓬生 [2004] 『アフリカの瞳』講談社。

牧野久美子 [2003a] 「連載資料『後発工業国における女性労働と社会政策』第6回 南ア

²⁵ 医療機関のキャパシティに限られるなかで、両国ともコミュニティの成員や家族による在宅ケア (Community-Based Care, Home-Based Care) の役割が大きい。

²⁶ たとえば南アフリカの障害者手当 (Disability Grant) は働くことができないほどに症状が悪化したHIV感染者・エイズ患者にも支給されるが、今後ARTが普及するにつれ、ARTの効果によって健康を回復した場合の扱いをどうするのが問題になっている。現行法では健康を回復すれば手当は打ち切られることになっているが、失業率が高く、社会手当が唯一の収入源となっている世帯が多い状況で、支給を打ち切れば栄養摂取や通院等に支障を来したり、あるいは支給し続けるために回復を望まず、アドヒアランスに影響を与えたりする可能性がある (Nattrass [2004 : 128])。また、ボツワナで公的支援の不十分さと貧困のために在宅ケアがうまく機能していない事例について、Stegling [2001] を参照されたい。

²⁷ 南アフリカでは、現状ではART希望者が実際の受け入れ人数を大幅に上回っているため、まだ切迫した課題とは受け止められていないようである。

リカ」(『アジア経済』第44巻第1号) pp.93 - 109。
 [2003b] 「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』第61号) pp.75 - 78。

<外国語文献>

- ACHAP (African Comprehensive HIV/AIDS Partnership) [2004] *ACHAP Review 2004*, Gaborone : ACHAP.
- Arndt, C. and J. D. Lewis [2000] “The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa : A Preliminary Assessment,” *South African Journal of Economics*, 68(5) pp.856-887.
- BER (Bureau of Economic Research) [2001] “The Macro-Economic Impact of HIV/AIDS in South Africa,” *Economic Research Note*, 10, Stellenbosch : Bureau of Economic Research. [[http : // www.ber.sun.ac.za/ downloads/2003/aids/aidsmacro_sep2001.pdf](http://www.ber.sun.ac.za/downloads/2003/aids/aidsmacro_sep2001.pdf)]
- BIDPA (Botswana Institute for Development Policy Analysis) [2000] *The Macroeconomic Impacts of HIV/AIDS Epidemic in Botswana*, Gaborone : BIDPA.
- Barnett, Tony and Alan Whiteside [2002] *AIDS in the Twenty-First Century:Disease and Globalization*, New York : Palgrave Macmillan.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach [2003] *The Long-Run Economic Costs of AIDS : Theory and an Application to South Africa*, World Bank Report . [[http : // www1 .worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf](http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf)]
- Cameron, Edwin [2003] “The Dead Hand of Denialism,” *Mail & Guardian*, 11-17 April 2003.
- Crewe, Mary [2000] “South Africa : Touched by the Vengeance of AIDS Responses to the South African Epidemic,” *South African Journal of International Affairs*, 7(2) pp.23-37.
- Delius, Peter and Liz Walker [2002] “AIDS in Context,” *African Studies*, 61(1) pp.5-26.
- Department of Health (South Africa) [2003] *Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa*, 19 November 2003, Pretoria : Department of Health. [[http : // www.info.gov.za/otherdocs/2003/aidsplan.pdf](http://www.info.gov.za/otherdocs/2003/aidsplan.pdf)]
- [2004] *Monitoring Review : Progress Report on the Implementation of the Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment Programme*, Issue one, September 2004, Pretoria : Department of Health. [[http : // www.doh.gov.za/docs/reports/2004/hivaids-care/monitorreview.pdf](http://www.doh.gov.za/docs/reports/2004/hivaids-care/monitorreview.pdf)]
- Harvey, Charles [2001] “Impact of HIV/AIDS on the Botswana Economy,” *BIDPA Briefing*, March 2001, Gaborone : BIDPA.
- Heald, Suzette [2002] “It’s Never as Easy as ABC : Understanding of AIDS in Botswana,” *African Journal of AIDS Research*, 1(1) pp.1-10.
- HST (Health Systems Trust) [2004] *South African Health Review 2003/04*, Durban : HST. [[http : // www.hst.org.za/publications/423](http://www.hst.org.za/publications/423)]
- Kauffman, D. Kyle and L. David Lindauer eds. [2004] *AIDS and South Africa : The Social Expression of a Pandemic*, New York : Palgrave Macmillan.

- Makubalo, Lindiwe et al. [2003] *National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2003*, Pretoria : Department of Health .
 [[http : // www.doh.gov.za/docs/reports/2003/hiv/p1-23.pdf](http://www.doh.gov.za/docs/reports/2003/hiv/p1-23.pdf)]
- Marais, Hein [2000] *To the Edge : AIDS Review 2000*, Pretoria : Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria.
- Martin, H. Gayle [2003] *A Comparative Analysis of the Financing of HIV/AIDS Programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*, Cape Town : HSRC Publishers.
- Masupu, K. et al. eds[2003a] *Botswana 2003 Second Generation HIV/AIDS Surveillance : A Technical Report*, November 2003, Gaborone : National AIDS Coordinating Agency.
 [2003b] *Status of the 2002 National Response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, Gaborone : National AIDS Coordinating Agency.
- Morrison, J. Stephen and Heather Hurlburt [2004] *Botswana's Strategy to Combat HIV/AIDS : Lessons for Africa and President Bush's Emergency Plan for AIDS Relief - A Conference Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS*, Washington D.C. : Center for Strategic and International Studies. [[http : // www.csis.org/africa/0401_BotswanaHIV.pdf](http://www.csis.org/africa/0401_BotswanaHIV.pdf)]
- Nattrass, Nicoli [2004] *The Moral Economy of AIDS in South Africa*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Osei-Hwedie, Bertha Z. [2001] "HIV/ AIDS and the Politics of Domestic Response : The Case of Botswana," *International Relations*, 15(6) pp.55-68.
- Presidential AIDS Advisory Panel (South Africa) [2001] *A Synthesis Report of the Deliberations by the Panel of Experts Invited by the President of the Republic of South Africa, the Honourable Mr Thabo Mbeki*, March 2001.
 [[http : // www.polity.org.za/html/govdocs/reports/aids/aidspanel.htm](http://www.polity.org.za/html/govdocs/reports/aids/aidspanel.htm)]
- Republic of Botswana [1997] *Botswana HIV and AIDS Second Medium Term Plan (MTP II) 1997-2002*, NACP 38, Gaborone : AIDS/STD Unit, Ministry of Health.
 [2003] *Botswana National Strategic Framework for HIV/AIDS 2003-2009*, Gaborone : National AIDS Coordinating Agency.
- Republic of South Africa [2000] *HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa, 2000-2005*.
 [[http : // www.info.gov.za/otherdocs/2000/aidsplan2000.pdf](http://www.info.gov.za/otherdocs/2000/aidsplan2000.pdf)]
- Schneider, Helen [2002] "On the Fault-line: The Politics of the AIDS Policy in Contemporary South Africa," *African Studies*, 61(1) pp.145-167.
- Schneider, Helen ed. [2003] "Scaling Up the Use of Anti-retrovirals in the Public Sectors : What are the Challenges?" Seminar proceedings of the seminar hosted by the School of Public Health & Perinatal HIV Research Unit, University of the Witwatersrand, 1 August.
- Schneider, Helen et al. [2004] "Health Systems Strengthening and ART : Evidence from South Africa," Presentation for the 15th International AIDS Conference, 11-16 July, Bangkok, Thailand.

- Schneider, Helen and Joanne Stein [2001] “Implementing AIDS Policy in Post-Apartheid South Africa,” *Social Science & Medicine*, 52(5) pp.723-731.
- Shisana, Olive and Leickness Simbayi [2002] *Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS*, Cape Town : HSRC Publishers.
- Shisana, Olive and Nompumelelo Zungu-Dirwayi [2003] “Government’s Changing Responses to HIV/AIDS,” in David Everatt and Vincent Maphai eds., *The Real State of the Nation : South Africa after 1990*, Development Update Special Edition, Johannesburg : Interfund, pp.165-187.
- Stegling, Christine [2001] “Human Rights and Ethics in the Context of Home-Based Care in Botswana,” *Pula : Botswana Journal of African Studies*, 15(2) pp.241-248.
- Steinberg, Malcolm et al. [2002] *Hitting Home : How Households Cope with the Impact of the HIV/AIDS Epidemic : A Survey of Households Affected by HIV/AIDS in South Africa*, The Henry J. Kaiser Family Foundation. [[http : // www.kff.org/southafrica/20021125a-index.cfm](http://www.kff.org/southafrica/20021125a-index.cfm)]
- TAC (Treatment Action Campaign) [2004] *Annual Report for 1 March 2003 to 29 February 2004*. [[http : // www.tac.org.za/Documents/AnnualReport2003.pdf](http://www.tac.org.za/Documents/AnnualReport2003.pdf)]
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) [2002a] *Stepping Back from the Edge : The Pursuit of Antiretroviral Therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. UNAIDS Best Practice Collection, Geneva : UNAIDS.
- [2002 b] *The Private Sector Responds to the Epidemic : Debswana—A Global Benchmark*, UNAIDS Best Practice Collection, Geneva : UNAIDS.
- [2004] *2004 Report on the Global AIDS Epidemic : 4th Global Report*, Geneva : UNAIDS.
- Van der Vliet, Virginia [2001] “AIDS : Losing ‘The New Struggle’?” *Daedalus*, 130(1) pp. 151-184.
- Walker, Liz, Rgaeme Reid and Morna Cornell [2004] *Waiting to Happen : HIV/AIDS in South Africa*, Cape Town : Double Storey Books.
- WHO (World Health Organization) [2004a] *WHO HIV/AIDS Plan January 2004–December 2005*, Geneva : WHO.
- [2004b] *World Health Report 2004*, Geneva : WHO.
- Willan, Samantha [2004] “Briefing : Recent Changes in the South African Government’s HIV /AIDS Policy and Its Implementation,” *African Affairs*, 103(410) pp.109-117.
- Zungu-Dirwayi, Nompumelelo et al. eds. [2004] *An Audit of HIV/AIDS Policies in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*, Cape Town : HSRC Publishers.

(本章で参照したURLはすべて2004年11月30日時点で確認したものである。)