

証研究として、Jodha (1990) や Subhadhiractal (1987) などがある。

27. もちろん財と人間の関係を規定しているのは、人間の側の利用能力や財の稀少性だけでなく、人間と人間の権力関係であるが、その権力構造の源泉に広い意味での「財力」が影響していることもまた事実であると思う。

28. 共有財 (common property resources) とは、経済学で言う公共財 (public goods) と私的財の中間的な性質をもつもので、公共財のもつ非排他性 (他の人をもその消費から排除できない) と私的財のもつ競合性 (ある人の消費は他の人の消費を減らす) を属性としている。例えば、森の村木は誰かが伐採してしまうと他の人はもう同じ木を伐採できなくなってしまう (競合性)。一方、森を占有しようとする (例えば、フェンスを張りめぐらす) のは費用がかかりすぎて現実的ではない (非排他性)。もちろん、必ずしも他の人の利用を排除することが「不可能」だということではない。

29. 人間が生態系を維持するために積極的な動きをしめることは、日本でも江戸時代から一部の学者によって認識されていた。例えば、熊沢蕃山は「大学成問」の中で、森林乱伐の処方箋として、人間がまず俵を推して鳥を誘い、木の实とともに啄ませ、その糞を通してはげ山を緑にするというアイデアを提唱して、鳥と木と人間の共生を論じている (室田1982)。

参考文献

1. Bromley, Daniel W., ed. *Making the Commons Work: Theory, Practice and Policy*, San Francisco: Free Press, 1992.

2. Chambers, Robert. "Poverty in India: Concepts, Research and Reality," *Institute of Development Studies*, University of Sussex, Brighton, England, 1986.

3. Gillis, Malcolm, Dwight H. Perkins, Michael Roemer, and Donald R. Snodgrass. *Economics of Development* 3d ed. W.W. Norton & Company, 1992.

4. Goodland, Robert, and Herman Daly. "Poverty Alleviation is Essential for Environmental Sustainability," *The World Bank Environment Department Division Working Paper 1993-12*, Environmental Economics and Pollution Division, The World Bank, 1993.

5. Gordon, H.S. "The Economic Theory of a Common-Property Resource: The Fishery," *Journal of Political Economy* 62: 124-42, 1954.

6. Hardin, Garrett. "The Tragedy of the Commons," *Science* 162 (December): 1243-1248, 1968.

7. Jodha, N.S. "Social Science Research on Rural Change: Some Gaps," in Bardhan, Pranab, (ed).

Conversations Between Economists and Anthropologists: Methodological Issues in Measuring Economic Change in Rural India, Delhi, Oxford University Press, 1989.

Jodha, N.S. "Common property resources and rural poor in dry regions of India," *Economic and Political Weekly*, Vol.21 (July 5): 1169-1181, 1986.

8. Keohane, Robert, Michael McGinnis, and Elinor Ostrom. *Proceedings of a Conference on Linking Local and Global Commons* Held at Harvard University, April 23-25, 1992.

9. Korten, David C. (ed) *Community Management: Asia Experience and Perspectives*, Kumarian Press, 1986.

10. Lewis, Arthur W. "Economic Development with Unlimited Supplies Labor," *The Manchester School of Economics and Social Studies* 22 (May): 139-91, 1954.

11. McCay, Bonnie J. and James M. Acheson (ed) *The Question of the Commons: The Culture and Ecology of Communal Resources*, The University of Arizona Press, 1987.

12. McKean, Margaret A. "Management of Traditional Common Lands (Iriachi)," in Japan, in Bromley (ed) *Making the Commons Work* 1992.

13. 室田武「水上の経済学—くらしを見つめる共生の思想」(紀伊国屋書店 1982年)

14. Olson, Mancur. *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, Harvard University Press, 1965.

15. Ostrom, Elinor. *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action* Cambridge University Press, 1990.

16. Ostrom, Elinor, Roy Gardner, and James Walker. *Rules, Games, & Common-Pool Resources*, University of Michigan Press, 1994.

17. Peluso, Nancy. *Rich Forests, Poor People: Resource Control and Resistance in Java*, University of California Press, 1992.

18. Rogers, Everett. *Diffusion of Innovations* 3d ed. The Free Press, 1983.

19. Runge, Ford C. "Common Property and Collective Action in Economic Development," in Bromley, (ed) *Making the Commons Work* 1992.

20. Subhadhira, Sultanesine, et al. *Case Studies of Human-Forest Interactions in Northeast Thailand*, Bangkok: Kasetsart University/Koon Kaen University/Ford Foundation, Northeast Thailand Upland Social Forestry Project, 1987.

21. TDRI. *Deforestation and Poverty: Can Commercial and Social Forestry Break the Vicious Circle?* The 1990 TDRI Year-End Conference, Research Report No.2, Chon Buri, 1990.

22. 渡辺洋三「入会と法」(東京大学出版会 1972年)

(二等)

HIV/AIDS 流行地域における国際保健協力と課題
—中央アフリカ共和国における NGO 活動をととして—

高階 恵美子

(東京医科歯科大学大学院医学系研究科保健衛生学専攻)

AIDS 時代に共存する生命体として国際保健協力を具体的に推進するために、HIV/AIDS 流行地域における日本の NGO 活動を分析し課題抽出を試みた。

対象は中央アフリカ共和国の首都バンギにおいて、HIV/AIDS 予防と PWH/PWA ケアを実施している NGO「アミ・ド・アフリカ」および関連施設の状況である。調査内容は①国勢および国民生活状況、②保健医療状況、③HIV 感染拡大状況であり文献レビュー、インタビューおよび参与観察法を用いた。

結果、中央アフリカ共和国においては STD 全般の予防・治療を考慮にいたした HIV/AIDS 予防および PWH/PWA ケアが展望できた。保健医療専門家の役割は地域全体を視野におき PWH/PWA と協力しながら、HIV/AIDS 予防および PWH/PWA ケアを一体化したアプローチを計画し展開することと考えられた。

短期的課題は①学童期からの予防対策、②安全な性交のための具体的な指導、③PWH/PWA カウンセリングを含むケアシステムの整備である。

また長期的課題は①保健・教育・産業など特定分野における専門技術と国際協力における実践能力を満ちた人材の育成・派遣協力、②ODA との連携を促し、さらに市民との協働を推進するための情報提供と情報交換および研究促進・助成、③それらの活動を維持・充足するための資金確保であり、これらは今後の多機関・多職種 (ODA、保健医療機関など) との連携強化により促進する課題と考えられた。

(注)本文中()内数字は参考文献参照

1. はじめに

こんにち世界を震撼させている感染症であるエイズ (HIV/AIDS) は、私たちに健康社会づくりの方法論を提起しているように思う。HIV/AIDS はその特質から短絡的に病気を憎むより感染者を忌み嫌うという悲劇をうみやすく、また PWH/PWA (peoples living with HIV/AIDS; エイズに感染あるいは発症している生活者) は発症や死の恐怖と闘い続けねばならない。HIV/AIDS を抑制し PWH/PWA と共存するには、さまざまな地域

構成員による疾病予防から人権保護までを考慮した健康社会づくりの推進が必須である。

他方、あまりにも明確な国際間の健康格差は、共存する生命体として国境を超えた相互支援を動機づけるものであり、早急な国際協力の開発・充実が必要である。

本研究では、最低限の健康生活獲得に加え、現在 HIV/AIDS 流行にともなう民族存亡の危機に晒されている中央アフリカ共和国 (以下 R.C.A) における保健医療の実情と非政府援助機関 (NGO) 活動を調査し、地域保健医療分野における今後の国際協力と課題を考察した。

II. 目的

R.C.A.の首都バンギにおける保健医療の実情およびHIV/AIDS予防とPWH/WAケアを実施しているNGOの活動内容を分析することによって、HIV感染拡大の要因を考察し、地域保健医療分野における国際協力と課題を明らかにする。

III. 対象および方法

1994年6月1日～23日の期間、日本のNGO「アミ・ド・アフリカ」を中心とするバンギ市内の保健医療機関を対象に、文献レビュー、インタビューおよび参与観察法による調査を行なった。調査内容は①国勢および国民生活状況、②保健医療状況、③HIV感染拡大状況である。

IV. 国勢および国民の生活状況に関する調査結果(表-1)

1. 国土⁽¹⁾

R.C.A.は赤道直下の内陸国である。総国土面積は日本の1.65倍で、大きく15の部族からなる総人口は320万人である。首都バンギには52.4万人が生活しており、他の地方都市とあわせた都市生活人口は48.0%である。

2. 国家予算⁽¹⁾⁽²⁾

94年度の国家予算(予算年度1～12月)は、収入492億CFAフラン、支出650億CFAフランである。予算の9割以上は国家公務員の給与、5～6%は通信費を含む機材費で、事業用資金は数%に過ぎず、外国からの援助に依存している。

3. 流通・産業・貿易(91年)⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

一人あたりGNPは390ドル(80～91年の実質成長率は-1.4%)で、全就業人口の8割以上が農業に従事しているが、農村部人口の91%は絶対的貧困水準以下である。国土の58%は森林で、年間

木材伐採高の上昇と密猟者の増加が問題となっている。

4. 教育(90年)⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾

義務教育(9年制)の就学率は67%(女性51%)、中等教育(3年制)の就学率は11%(女性6%)であり、15歳以上の成人識字率は38%(女性25%)と極めて低い。

義務教育終了者は助産婦助手学校や看護婦助手学校に、また中等教育終了者は助産婦大学や看護婦学校に入学できる。教育期間は助産婦3年、看護婦2年、助産婦助手2年、看護婦助手9カ月である。また大学医学部において5年学んだ者は医師助手、6年学んだ上で7年目に論文審査を通った者は医師として認可される。

5. 保健(94年)

実際の必要額(114.63億CFAフラン;内訳は医療器材81億CFAフラン、運営費1億CFAフラン、薬代3.63億CFAフラン)に対し、政府の保健予算は68.25億CFAフラン(国家予算の10.5%)で、事業用資金はわずか6.8億CFAフランである。医療器材のほとんどは外国資本によって供給されるが、7月末までに援助を取り付けたのは、全体の3分の1である⁽⁷⁾。

保健医療従事者数は⁽⁶⁾、医師110名(1人あたり人口2万5,000人)、医師助手150名、看護婦・助産婦500名(1人あたり人口15,000人)、看護婦助手・助産婦助手500名、検査技師70名、検査技師助手100名で、専門職の絶対数が著しく不足している。

V. 保健医療に関する調査結果(表-1)

1. 衛生状態⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁸⁾

年齢別人口構成(1990年)は、0～14歳45%、15～49歳44%、50歳以上12%で平均余命は47歳である。15～49歳の出産可能年齢の女性は71.5万人で、出生率は人口1,000対41.6、死亡率は人口1,000対16.7である。5歳未満の乳幼児死亡率は

表-1 保健統計(サハラ以南のアフリカ、中央アフリカ共和国、世界の後発開発途上国)

指標	地域	サハラ以南	中央アフリカ共和国	後発開発途上国
乳児死亡率 (1992, 出生1,000対)		111	105	114
U5MR ⁽²⁾ (1992, 出生1,000対)		181	179	179
年平均低下率(1980-92, %)		0.9	1.0	1.8
合計特殊出生率 (1992)		6.4	6.2	6.0
年平均低下率(1980-92, %)		0.4	-0.3	0.7
妊産婦死亡率 (出産10万対)		610	600	590
年平均人口増加率 (1980-92, %)		3.0	2.6	2.7
総人口 (100万人)		533	3.2	537
都市人口の比率 (%)		30	48	21
1人あたりGNP (US\$)		505	390	240
年平均増加率(1980-91, %)		-0.4	-1.4	0.3
ODAの受け入れ額 (100万US\$)		14,548	225	14,263
ODA/GNP比 (%)		10	19	15
出生時の平均余命 (年)		51	47	50
成人の総識字率 (%)		51	38	43
男性 (1990, %)		61	52	54
女性 (1990, %)		41	25	32
小学校総就学率 (%)		68	67	68
男性 (1986-91, %)		76	83	74
女性 (1986-91, %)		60	51	57
低出生体重児の出生率 (%)		16	15	24
甲状腺腫の罹患率 (%)		16	63	20
1人1日必要カロリー充足率 (%)		93	82	90
安全な水を入手できる人 (%)		43	24	49
都市部 (%)		75	19	64
農村部 (%)		35	26	46
適切な衛生施設を持つ人 (%)		35	46	33
都市部 (%)		57	45	61
農村部 (%)		27	46	26
保健サービスを受けられる人 (%)		56	45	48
1歳児のBCG接種率 (%)		62	94	70
1歳児のDPT接種率 (%)		45	77	52
1歳児のポリオ接種率 (%)		45	77	51
ORT ⁽³⁾ 使用率 (%)		57	24	37

注1) UNICEF, THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 1994, PP.60-83, UNICEF, 1994. をもとに作成

注2) 5歳未満の乳幼児死亡率

注3) 経口補水療法

出生1,000対179であり、マラリア、下痢性疾患、急性呼吸器感染症および栄養失調が3大死因である。食料生産の年平均増加率は2.1%（1人あたり-0.3%）¹⁴⁾、1人1日必要カロリーの充足率は82%¹⁵⁾である。2010年から2025年の年平均人口増加率は2.6%で、2025年には733.0万人になると予測されている¹⁶⁾。

一年を通じてマラリアの発生があり、また肝炎、黄熱病、髄膜炎や結膜炎の流行国である。現在はAIDSの急激な増大が危惧されており、とくに15-35歳で感染率が高いため、全国調査を検討中である。さらに全年齢層における重点課題は、トリパノゾーマ、レブラ、オンコセルカへの対応と、トイレの普及および食品衛生の改善である。

また水道普及率は12%（都市部14%、農村部11%）¹⁷⁾、安全な水を入手できる人の割合は24%（都市部19%、農村部26%）である。下水はほとんど普及しておらず、トイレは屋外に穴を掘って使用し、生活廃水は側溝に流す。特定のゴミ捨て場はなく、また死者の遺体は、特定地域へ無秩序に土葬する。

2. 保健医療状況

保健医療機関のほとんどは国営で、大きく5つの地域医療圏を指定している。各地域医療圏内の保健医療機関は、それぞれ中地域/小地区を取り決め役割分担している¹⁸⁾。

病院・診療所の初診料は2,000 CFA フラン（日本円で400円）で、看護婦による一般診療の上、必要者は医師の診察を受ける。また入院治療は医薬品を購入した者にのみ提供される。

バンギ地方には国内の全総合病院が集約している他、3つの地域診療所、43の保健センター、レブラ収容施設、15の子防センター、47の保健ポストが設置されている¹⁹⁾。

また市内には欧州連合（EU）の援助によるSTD（性行為感染症）センターおよびバスツール研究所がある。

STDセンターは国内のHIV検査を一手に引き受け、その他の性病検査、相談、予防教育を実施

している（検査料一件2,000 CFA フラン）。バスツール研究所は主に伝染病の検査研究を行なう（検査料一件20,000 CFA フラン）。

3. NGOと保健医療機関の連携

アミ・ド・アフリカは、R.C.A.保健省の依頼を受け、HIV/AIDS予防とPWH/PWAケアを行なっている日本のNGOである。国内協力者約6,000名による寄付金・ボランティア基金の援助により年予算2,000万円を運営している。

93年バンギ市内の「ブエラブ診療所/産院/母子保健センター」敷地内にアミ・ド・アフリカ事務所を開設し、現地人スタッフ9名と日本人スタッフ2名（所長、検査技師）が各施設にまたがる保健医療活動を実施している。

アミ・ド・アフリカ所長は毎朝4施設を回診し、各所の状況把握・意見調整・技術協力を行なう。また月1回代表者会議を組織し、重点課題の抽出と協力体制の整備を進めている。検査技師はブエラブ診療所の検査業務を、看護婦はブエラブ診療所の一般診療をそれぞれ担当し、処方薬を市價の半額で供給している。

さらに24時間の緊急患者輸送システムを実施しており、救急車の出動回数は月平均65件である。内訳は46.2%が子供の軽傷や脱水、30.8%が分娩異常、23.0%が身動きできない重症者である。

ブエラブ診療所は、一般診療、小児診療、成人診療、処置、検査（検尿、検便、梅毒・マラリア・フィラリアの血液検査、スミア試験）、薬局処方を行ない、産院は月150-200件の分娩・産褥を扱う。また母子保健センターはマタニティクラス、乳児検診、妊婦検診、予防接種を行なっている。

4. PWH/PWAケアを中心とするアミ・ド・アフリカのケア活動（図-1 写真A-D）

いずれかの施設を受診した者のうち、HIV/AIDS疑いの者・PWH/PWA、栄養失調児、貧困者はアミ・ド・アフリカ患者として登録する。登録者には必要に応じて診療、食料・衣



A : PWH/PWA 外来（乳児）



B : 作業所のお粥炊き出し（栄養失調児）



C : AIDS患者の家族



D : AIDS末期患者の訪問看護（20代前半）

図-1 PWH/PWAを中心とするアミ・ド・アフリカのケア活動風景（写真A-D）

表-2 中央アフリカ共和国における HIV/AIDS (1994年 R.C.A. のSTD センター予測)

年代	HIV/AIDS* の予測数						年代別 HIV/AIDS* の割合 (年代別人口比%)		年代別の HIV/AIDS* の割合 (HIV/AIDS* 総数比%)		年代別の AIDS* の割合 (AIDS* 総数比%)			
	1994年			1999年			HIV†		AIDS†		94年		99年	
	人口	HIV† 数	AIDS† 数	人口	HIV† 数	AIDS† 数	94年	99年	94年	99年	94年	99年	94年	99年
総数	3,024,566	125,182	10,131	3,339,366	199,902	21,949	4.1	6.0	0.3	0.7	100.0	100.0	100.0	100.0
14歳以下	1,307,921	7,290	2,234	1,444,050	14,373	5,050	0.6	1.0	0.2	0.3	5.8	7.2	32.1	23.0
15-19歳	311,842	22,399	363	344,299	35,251	777	7.2	10.2	0.1	2.3	17.9	17.6	3.6	3.5
20-49歳	1,086,907	84,882	6,665	1,200,032	133,581	14,263	7.8	11.1	0.6	1.2	67.8	66.8	65.8	65.0
女性	569,163	44,799	3,427	628,429	70,501	7,334	7.9	11.2	0.6	1.2	35.8	35.3	33.8	33.4
男性	517,719	40,083	3,238	571,603	63,080	6,929	7.7	11.0	0.6	1.2	32.0	31.6	32.0	31.6
50歳以上	317,897	10,610	869	350,984	16,098	1,859	3.3	4.8	0.3	0.5	8.5	8.4	8.6	8.5

注) BANGUI, REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, P17, BANGUI, 1994. をもとに作成



E : 市街での予防教室 1



F : 市街での予防教室 2



G : 郡部での予防教室 1



H : 郡部での予防教室 2

図-2 アミ・ド・アフリカの HIV/AIDS 予防活動風景 (写真 E-H)

料・医薬品、血液検査、訪問看護の無償サービスを提供する他、生活意欲向上と役割発揮促進を目的とする作業所を設置し、お粥の炊き出し(週2回)・縫製・農閑作業を実施している。

1994年7月末現在、アミ・ド・アフリカの AIDS 登録者数は88名であり、このうち20名は既に死亡した。通院可能な者は週1回 AIDS 外来を受診し、通院不可能な者には訪問看護を実施している。また貧困や栄養失調の登録者数は120名で、ほとんどは子供である。

5. アミ・ド・アフリカの HIV/AIDS 予防活動 (図-2 写真 E-H)

2タイプの予防教室を実施している。一方は出費して開催する予防教室で、市街(33地区)および郡部(半径200平方キロメートル範囲)を担当し、週1回ずつ実施している。他方は母子保健センター内で開催する予防教室で、隣接する初等教育機関の生徒・教職員やマタニティ・クラスに訪れた妊婦を対象に週2回実施している。運営スタッフはその都度雇い上げ、その職種は医師、看護師、厚生省の担当官など10名である。

VI. HIV 感染拡大状況に関する調査結果

1. R.C.A.における HIV 感染拡大の実態

1994年7月末までに世界保健機関(WHO)に報告された世界の HIV 感染者はおよそ1,600万人で、そのうち62.5%(1,000万人)はサハラ砂漠以南の感染者である⁽⁹⁾。R.C.A.の AIDS 罹患率は人口10万対28.67(世界第16位)である⁽⁹⁾。

R.C.A. 保健者は20-49歳人口の15%強が HIV 陽性(92年)⁽¹⁰⁾とし、93年6月まで AIDS 患者3,730人を確認している⁽⁹⁾。また STD センターは94年、HIV/AIDS 予測を発表した(表-2)。それによれば、総人口における HIV 陽性率は6%、20-49歳人口における HIV 陽性は11.1%である。さらに産婦の70-80%は感染者であるとの報告もあるが、正確に把握できていない。

アミ・ド・アフリクでは、93年12月-94年2月までの3カ月間に妊婦検診を実施した全妊婦および性病外来初診者の凍結血液検体250例から10例(4%)を無作為抽出し、HIV 検査および TPHA(梅毒反応検査)検査を行なった。結果、HIV

陽性は6例(うち2例は疑陽性)、TPHA陽性は1例であった。次に94年4月～6月の3カ月間に妊婦検診を実施した全妊婦およそ250例のうち、カンジダ症と診断された84例(約34%)についてHIV検査を行なった。結果、34.5%(29名)が陽性であった。

2. R.C.A.におけるHIV感染経路の特性 — NGO活動をとおして —

国内には治療薬がほとんどなく、同性愛や静注薬物濫用もないと見てよい。従ってHIVの主な感染経路は異性間性交と母子感染である。

(1) 性モラル

① 一夫多妻の通い婚

女性は初潮とともに性交し始め、早い者では14歳で初産を迎える。正式な婚姻による出産は全体のおよそ3分の1であり、両親揃った家庭で生活する子供は全体の1割で、一般には母親が子育てをする。女性は慣習的に産後1年間夫との性交渉を行なわない。成人男女の多くは特定の性的パートナーを持っているが、一方で不特定の異性との性交は自由で、とくに男性の性行動には寛容である。

② 多産

子供数の多さは幸せを評価する基準であり、男女とも性交には積極的である。とくに女性は妊娠を強く希望しており、AIDS末期の体力低下に伴いメンスが停止した女性は、治療や検査より先に妊娠反応検査を望み、出産への期待を訴える。

③ 一般女性の売春

一夫多妻の通い婚で、女性は育児および家事、さらには家計の支持者である。しかし給与所得者は少なく、ほとんどは農作物などの売買によるわずかな収入で生活している。一方で市場は貨幣売買が主流であり、日常生活用品の購入には現金が必要である。そのため職業売春婦のみでなく一般女性までが、その日の生活費を得るために売春を行なっている。アミ・ド・アフリクの男性登録患者および男性スタッフにおける買春理由で最も多かったのは「女性が誘う」であり、一回平均

500 CFAフラン(日本円でおおよそ100円)であった。

(2) 知識不足

保健省は92年、AIDS知識調査を行なった。結果、①全体の95%はAIDSという病気を聞いたことがあり、情報源の80%はラジオだった。②感染経路を知っている者の割合は、性交95%、血液5%、母子感染7%で、母子感染についての理解が低かった。③全体の63%は予防法はコンドームであると回答した。④コンドームを知っている者は95%と高率であったが、実際に使ったことがある者は45%であった(市場ではアメリカ製コンドームが2個40～60 CFAフランで販売されている)。

(3) STDの蔓延

STDセンターにおける92年の全受診者のうち14%は梅毒、男性の55%は淋病、女性の64%は雑菌性炎症であった。また保健省では市民の90%以上が淋病アミーバ保有者であるとしている¹³⁾。さらに94年4月～6月の3カ月間に妊婦検診を実施した妊婦の半数以上はトリコモナス陽性であった。

他方、女性は幼少時から毎朝ビデを使う習慣があり、さらに成人女性では性交前にも使用する。洗浄による陰内常在菌の減少は雑菌性炎症の原因であるが、今後はこれを逆にSTD予防へ役立てる方策も考えられる。

3. AIDS患者の予後とPWH/PWAケアの問題点 (図-1写真A-D)

94年7月末までに体調不良でアミ・ド・アフリクを受診した者の9割以上はHIVオーバフロー(強陽性)であった。登録患者98名の年齢は0～46歳で、とくに94年以降の新規登録者は乳児または18～20歳未満の若年女性である。症状発現から死までの期間は数日から1年以内である。

一方AIDSは悪魔の病であるとの認識が強く、本人・家族に対する感染事実の告知は容易でない。不用意な告知は患者の夫(または妻)を疑い一同がつかしあけ、ひいては部族闘争をおこしかねない。現状では可能な限り、信頼のおける親戚1名に感染の事実を伝えている。しかし急激な登

録患者の増加に伴い告知・治療・いきがい対策の必要性が高まっており、今後の大きな課題である。

4. 出張型のHIV/AIDS予防教室と問題点

(図-2写真E-H)

94年7月末までに開催した出張型の予防教室は38回である。15歳以上の延べ参加者数は175,000人、一回平均394.7名(14歳以下を含むと594.7～694.7名)である。一回あたり実施時間は2時間半であり、内容は視覚教材を用いた教育、コンドームの使用法、医師の講話、質疑応答、クイズテストである。

一回あたりの質問は10件以上であり、最も頻度が高いのは「コンドームの中にAIDS菌が入っているのではないか」との疑問である。次いで「コンドームが破けるので使えない」、「女性がコンドームを嫌がる」、「食事を一緒にしても感染しないか」、「ヘルペスになるのはAIDS患者か」、「HIVは外から見えるか」、「母乳で感染するか」、「HIV/AIDSはどこからきたか」などが多い。

クイズテストでは感染経路のひとつである「母子感染」の回答が得られないことが多い。

運営上の問題点は、第一にビデオ上映が終わると子供は飽きてしまい、質疑応答やクイズテストにおける熟考が図りにくいこと。第二に、終了間際になると興奮した大人たちが十分な量のコンドームを配布せよと騒ぎ始めることである。子供への対応としては、子供向けプログラムを設定し、大人向けプログラムとの平行実施を検討中であるが、コンドームについては使わず売ってしまう者が多いため、一時配布を中止している。

VI. 考察

1. HIV感染拡大状況とSTDへの対応

妊婦・性病外来初診者のHIV感染率およびカンジダ症と診断された妊婦のHIV感染率の調査結果から、都市部における感染拡大状況は公式発

表より遙かに高く、猶予できない状況と考えられた。また性モラルは大らかで、市民の多くが子供を望んでいること、STD蔓延、慢性的低栄養、マラリアなどの流行、不衛生など生活環境全般を考慮すると、R.C.A.国民におけるHIVへの感染しやすさは先進国市民のそれと比べて高いと推察でき、さらにHIV感染からAIDS発症、AIDS発症から死までの期間は先進国のそれと比べて著しく短いだろうと推測できた。

以上より、STD全般の予防・治療を考慮に入れたHIV/AIDS予防およびPWH/PWAケアの必要性が展望できた。具体的には局所の清潔(性交後のビデ使用)、STD治療、コンドーム使用を積極的に奨励する方策が、HIVを含む広範囲なSTD予防に直接的な効果をもたらすと考えられた。またあらゆる場面において、健康な子供を産むために安全な性習慣を身につけることが必要であることを強調し、言葉や絵などの視覚教材を用いた直接指導が有効であろう。

2. 産業振興と女性保護

人口爆発、食料危機、経済破綻、HIV感染拡大、森林破壊など、R.C.A.は客観的には個人・環境ともに深刻な状況であるが、一方で市民は自然に子供を授かり、季節に応じて実る果実を食べることをし、平穏な生活を繰り返している。従って国全体の健康獲得を推進するには、他国の保健医療の見地からのみ保健医療の援助を行なっても、活動は定着しないと考えられる。市民自身の関心が健康で丈夫な子供を育てられる社会づくりへと変化することが、行動を産み出す基盤となるだろう。そのためには、最低限の生活を営むための、労働に見合った収入を確保することである。

とくに一夫多妻の通い婚で生活している以上、女性は日常生活の支え手として家計をも維持しなければならない。しかし教育を受ける機会が少なく、また生活に必要な現金を得にくいことから一般女性が容易に売春する。以上より広域的に外国資本の私企業または開発援助や技術協力によって

産業を振興するとともに、女性の安定収入を保障する公的扶助、職業教育を強化する必要があるだろう。

3. 若年者に対する HIV/AIDS 予防教育

母子感染が理解しにくいという結果は、①親が感染者であっても産まれる子供は大丈夫である、②性交経験がなければ HIV 感染者ではない、という認識を反映していると考えられる。事実、アミ・ド・アフリカにおける新規 AIDS 登録者のほとんどが10代女性であることは、性交の対象が未体験の若年女性へと移行していることを予測させる。従って予防教育においては①全年齢層に対して健康な子供を産むためには親の健康が重要であると強調すること、②義務教育開始年齢以上の子供に対して具体的な性教育および予防教育プログラムを開発し実施することが急務と考えられる。

また、産前産後の男女における感染拡大の予防・把握・ケアのために、妊婦検診時を有効に活用し、検査料の割引などの対策を講じて①特定パートナー間の検査を促すこと、②夫婦間以外での性交時のコンドーム使用と性交後のビデ洗浄を促すことが重要であろう。さらに、学童にフィットするサイズのコンドームや、女性用の予防器具を開発・普及することも重要になる。

4. 感染者への告知と生活維持

感染拡大に伴い、発症者の治療および生活支援の重要性が増している。AIDS は悪魔の病気という認識は、患者・家族への告知を困難にしており、責任追及の姿勢を緩和しつつ患者の社会生活が可能な社会づくりを早急に推進する必要がある。しかし現状では告知できる場所、告知後の生活場所、相談所およびカウンセリング・スタッフがなく、個々の人権擁護までを包含したケア・システムはない。以上より、早急に陽性であった場合のケアプロトコルを開発・計画し、少なくとも患者・家族に対する告知・治療・生活維持などの直接ケアを実施する場の設定およびスタッフ確保を実現すべきと考えられた。

5. HIV/AIDS 予防および PWH/PWA ケアの推進者と資質

HIV/AIDS 流行地域において予防およびケア活動を展開するには、有能な活動の先導者が不可欠である。HIV 感染拡大を抑止するために、保健医療専門家は何をし得るであろうか。疾病の特性上、HIV 予防活動においては、従来のような保健医療専門家主導型の戦略では効果を現わさない。現在、HIV/AIDS とそれに伴う症状や生きにくさを体験し、語り部となり得る唯一の存在は PWH/PWA 自身であり、彼らこそ最も有力なリーダー候補であろうと考えられる。事実、93年ウガンダにおいて、もしも自分が感染した場合に誰に相談したいかを調査した結果では、患者自身でも高学歴な人を頼りにしたいと答えた者が最も多かった。この場合「高学歴」の根拠は「豊富な知識を持っている」、「秘密を守ってくれる」という安心感や信頼感に他ならないだろうと推察できる。

人々は病気への恐怖を掻き立てられるだけの情報には閉口し、事実とともに最も確実な支え手が必要としている。保健医療専門家の役割は PWH/PWA および家族を支え、また非感染者の健康生活を維持するために、最も適切な情報とケアを提供することである。すなわち専門家は、地球全体を視野におき PWH/PWA と協力しながら HIV/AIDS 予防と PWH/PWA ケアを一体化したアプローチを計画し展開する責務を持つと考える。

VII. 結論

1. 国家予算は破綻しており、とくに保健、教育の改善は課題である。
2. 保健医療器材および専門家の絶対数が不足で、市民は適切な医療を受けにくい。
3. HIV 感染者が急激に増大し、乳児および10代女性の AIDS 患者が増えている。
4. 感染経路は異性間の性交、母子感染で、荷役には一夫多妻の通い婚、多産、一般女性の妊娠、母子感染の理解不足と女性の知識不足、

STD の蔓延がある。

5. HIV/AIDS 予防教室の参加者は平均394.7名で毎回10件以上の質問があり、AIDS への関心は高い。またコンドームの使用経験者は45%と低い。
6. AIDS 患者の子供は悪く、症状発現から死までの期間は数日ないし1年以内。
7. HIV/AIDS は悪魔の病気との認識が強く、告知が容易でない。

以上より、R.C.A. においては STD 全般の予防・治療を考慮にいれた HIV/AIDS 予防および PWH/PWA ケアが展望できる。短期的課題は①学童期からの予防対策、②安全な性交のための具体的な指導、③ PWH/PWA のカウンセリングを含むケアシステムの整備である。また長期的課題は①保健・教育・産業など特定分野における専門技術と国際協力における実践能力を満たす人材の育成・派遣協力、②政府開発援助 (ODA) との連携を促し、さらに市民との協力を推進するための情報提供と情報交換および研究促進・助成、③これらの活動を維持・充足するための資金確保であり、これらは今後の多機関・多職種間の連携強化により改善していく課題と言えよう。

*本論文は、筆者および徳永瑞子 (アシ・ド・アフリカ代表) 氏平高敏 (奈良県立医科大学衛生学助手)、島内 節 (東京医科歯科大学医学部保健衛生学教授) による共同研究の成果の一部である。

参考文献

1. R.C.A., "Réunion de Concertation des Bailleurs de Fonds de la République Centrafricaine," PROGRAMME DE REDEMARRAGE, *Rapport de Synthèse*, Volume I, R.C.A., (1994).
2. R.C.A., "Réunion de Concertation des Bailleurs de Fonds de la République Centrafricaine," PROGRAMME DE REDEMARRAGE, *Etudes Sectorielles*, Volume II, R.C.A., (1994).
3. UNICEF, *THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 1994*, UNICEF, 1994
4. 財団法人矢野恒太記念会編「世界国勢図会 1992-1993」(国勢社、1993年)
5. 外務省外務報道官監修「海外生活の手引き」第16巻アフリカ編III、世界の動き社 1993年
6. The World Bank, 'Better Health in Africa', Report No.12577-APR, *The World Bank Africa Technical Department, Human Resources and Poverty Division*, Washington, (1993).
7. WHO, *GLOBAL AIDS NEWS*, The Newsletter of World Health Organization Global Programme on AIDS, ISSN 1020-007X, 1994 (3), WHO, 1994.
8. Dr.R.P.Bernard, *1992 NEW AIDS INCIDENCE CASE RATE/10⁵; BY COUNTRY WHO-REGION*, Liaison for UN and NG Organizations, Switzerland, 1994.
9. 世界保健機構「AIDS、エイズ、その実像」笹川記念保健協力財団、1994年
10. WHO, *GLOBAL PROGRAMME ON AIDS - THE HIV/AIDS PANDEMIC; 1994 OVERVIEW*, WHO/GPA/SEF/94.4, 1994.
11. The World Bank, 'World Bank HIV/AIDS Activities, Population', *Health and Nutrition Department* Washington, 1994.
12. L.Fransen & R.Winsbury, *The European Community in the global response to the HIV/AIDS epidemic; a story of positive action*, European Commission DG VIII 6, 1994.
13. BANGUI, *REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA*, BANGUI, 1994.