

学会印象記

病いが映し出す脆弱性

第6回アジア・太平洋地域国際エイズ会議に出席して

市橋 恵子

Keiko ICHIHASHI

HIV/AIDS 看護研究会・訪問看護ステーション堂山



1. 会議テーマ：障壁を破ろう。

エイズ予防財団のフルスカラシップを得て2001年10月3～9日に開催された第6回アジア・太平洋地域国際エイズ学会に参加した。開催地はオーストラリアのメルボルン。この、ロンドン郊外を思わせる静かな町の10月は春先といえ降りそぼる雨と冷たい風という毎日で、到着した日には早速デパートで暖かい衣料を調達することになった。私たちはちょっとした寒さにさえ弱い。

今回の会議で準備されていたトラックは1. 治療とケア、2. 予防、3. 社会・経済政策、4. ジェンダー/セクシュアリティの4つである。HIV/AIDSをテーマにした会議には、基礎医学をテーマにした会議、疫学/予防の会議、STDを含む臨床医学をテーマにした会議もあれば、2001年6月にニューヨークで国連が行ったような政治的色彩を強く持った会議もある。同年12月にはタイのチェンマイでHIVケアをテーマにした国際会議といったように様々な分野でエイズを切り口に会議が行われている。ICAAPは国連のエイズ合同会議（以下UNAIDSという）及びアジア・太平洋エイズソサエティをスポンサーとし、セブンシスターズと呼ばれる7つのNGO/NPO連合をco-Sponsorsとして開催される。したがってICAAPの会議は医学や医療保健に関する会議というより、むしろ社会問題としてのエイズを検討しあう会議としての色合いが強い。

2. 弱さを聴き、語る会議

アジア・太平洋地域に住む人々にとって（それはアフリカ大陸に住む人々、アメリカ大陸に住む人々そしてヨーロッパ地域に住む人々にとってもいえることであるが）HIV/AIDSの蔓延は人々の身体生命の存在を脅かすばかりでなく個人の社会的存在さえも危うくする問題である。なぜならHIVは社会を構成する人々とそのシステムが一番脆弱な部分を直撃するからである。こうしてもともとバルネラブル（外からの攻撃を受けやすい）な人々はHIVによって二重の弱さを持つことになる。彼らは、薬物常用者と呼ばれる人々であり、売春婦（夫）（セックスワーカー）と呼ばれる人々であり、女性であり、こどもであり、セクシュアルマイノリティ（ゲイ/レズビアン/トランスジェン

ダー）と呼ばれる人々であり、外国人労働者であり、そして大きく言えばPeople who have sex with Peopleつまり私たちのことである。そこでフォーカスされるのはセックスである。それも公然と語ることを避けられてきたセックスである。加えて社会的な脆弱性で言えば、経済の南北格差によってもたらされている治療の不平等さであり、生命の重みの違いである。本会議はアジアに起こっているエイズによって作り出された脆弱性について聴き、それを打開するための話し合いの場である。

3. 女たちが語る自らの脆弱性

開会式でひととき大きな拍手を浴びた女性がいた。APN+（Asia-Pacific Network of People Living with AIDS）のメンバーであるSuzana Murniは自らの厳しい闘病生活の中で（本当に立っているのがやっとなような状態だった）、養子を迎えた喜び、希望を失わない勇気、そして一刻も早くアジアのPWAが抗HIV療法にアクセスできるようにと訴えた。彼女のソフトではあるが力強いスピーチは出席者の大きな支持をえた。

彼女たち（会議に出席した女性たち）は伝統的な民族衣装に身を包みながらも研究報告者として、発言者として会議の様々な場面で活躍していた。女性の発言が目立つ会議だった。会議2日目に行われたUNAIDS主催の「Reducing HIV vulnerability among Rural and Island Women in Asia Pacific」には急遽、マレーシア、トンガ、モンゴル、キルギスタン、フィジーの首相夫人がスピーカーとして登場、「First ladies From the region—special symposium」としてセッションがもたれた。特にモンゴルとキルギスタンは母語で、HIVに対する自国の女性たちが置かれている脆弱性についてスピーチを行った。これらの地域は、交通手段などのアクセスが悪いのと同じに、検査を含む医療サービスへのアクセスも悪く地理的にも孤立している地域である。フィジーの首相夫人はこう語る。「私たちの国では観光産業の低迷から多くの人たちが職を失いました。女性たちが家計を助けるためにセックスワークによって収入を得る道を余儀なくされています。その結果、彼女たちはHIVをはじめとする性行為感染症のリスクを持つ事になったので



オープニング会場（写真提供：栗原 健氏）

す。」ファーストレディたちが自国の女性がおかれている脆弱性を率直に語るということが、HIVが医学や健康の問題を超えた社会的なイシューであるという事実を十分にアピールすることになる。このセッションのおぜん立てをしたのはUNAIDSであった。予防や健康の政策には政治的な動きが必要なのである。ファーストレイディースセッションは2年後に再びオーストラリアで継続されるとのことであった。

4. 南北格差がもたらす脆弱性—治療へのアクセス

現在、HIVの治療は抗HIV薬の開発によって、その治療効果は飛躍的な進歩を遂げている。しかし、それは裕福な北米やヨーロッパそして日本など北の世界の出来事である。今でも効果的な抗HIV薬による治療の恩恵を受けているのは世界中の10%の人々でしかない。まさしく国の経済状態がその国のPWAの生死を左右するといっても過言ではない。ICAAPに参加している国の中で治療体制が確立しているのはオーストラリア、ニュージーランド、そして台湾、日本等極少数である。アジアのほとんどのPWAは抗HIV薬による治療の恩恵を受けられずにいる。そして確実に訪れる死を待つしかない現実がある。

会議初日のプレナリーにおいて、Stefano Vella (President of the International AIDS Society) は最初にこう語った。「ケアと治療は予防に欠かせない。(Treatment is prevention)」母子感染予防を例にあげるまでもなく、抗HIVによって体内のウイルス複製が阻害され、血液内のウイルス値が検出限界値以下を示せば他者への感染能力はゼロといえないまでも限りなく低くなる。さらにマレーシアの感

染症専門医 Adeeba Kamaruzaman は日和見感染症の予防には早期のHIV抗体検査が必要である。なぜならばHIV陽性であることが判明次第日和見感染症への予防措置が取られるからであると報告し、タイの赤十字リサーチセンターの Praphan Phanuphak は治療へのアクセスとして、クリニカル・トライアルによる服薬管理と薬剤耐性及び副作用のモニターが今のところベストではないかと提案した。しかし、問題は治療薬のコストである。

タイでHIV診療に携わっている日本人ドクターが初日に行われた「Meet the Expert : Treatment & Care」の席上で David Cooper (National Center for HIV Epidemiology and Clinical Research, Australia) 及び Stefano Vella に対しこう質問した。「抗HIV薬2剤(逆転写酵素阻害剤)で100人が治療でき、3剤では20人しか治療できない医療経済の現実があるとしたらどちらを選択するか？」CooperもVellaも答えは3剤で20人であった。そしてそれは正しい答えでもある。しかし、アジア諸国では2剤に手が届いても3剤に手が届く国は少ない)ドクターの厳しい質問の背景には、感染者である母親の1か月でも長く生きて子どもの成長を見守りたいという訴えを聞く立場として、抗HIV療法にアクセスできない経済的な問題を抱えたアジアの感染者の姿を手をこまねいてみている医療者側のジレンマがある。次々と質問にたつアジアの医師たちにも同じ悩みがあり、どのようなコストエフェクティブな治療戦略が考えられるか(たとえばある医師の問いはアジアの人たちは先進国に比べて体重が軽い。その分薬剤の用量を減らすことでコストの削減ができないか等)そのジレンマを治療先進国

も治療に手が届かない国も双方抱えながらのセッションが続いた。

今回のプログラムには AFAO (Australian Federation of AIDS Organization) と TAG (Treatment Action Group) が企画した Treatment Access Stream 6th ICAAP と題したサテライト (10月3日全日) と 6日間のワークショップが行われた。これから治療に入るであろう人々への準備も含めたセッションであった。ワークショップ「アドヒアランスと初回のアクセス」のセッションでは、「アドヒアランスとは何か」という講義から入り、実際に現在服薬中の PWA (オーストラリア人) が自分の体験を語っていた。治療に関しては、南北格差をどう縮めるのかという医療経済の問題と共に抗 HIV 薬療法を先行して導入した国々の経験が後発の国々に生かされるような方法論も模索していかなければならない。このように、経験を分かち合い、最良の方法で治療へのアクセスが図られるための戦略作りは先行した国々が貢献できることの 1 つであると感じた。

5. Home and Community Based Care

—自国のスタイルを作る。

アジアにおける HIV ケアは在宅ケアしかもコミュニティ全体がケアと取り組むという印象を強くうけた。ケアのセッションでの研究手法は質的研究をとったものが圧倒的であり、民族誌的な研究手法などが使われていた。期間中毎日ワンセッションずつコミュニティをベースにした在宅ケアについての報告があった。伝統的な healer と呼ばれる役割を持つ人々が PLWHA に関わることで社会のもつエイズ患者への偏見、差別が取り除かれているという報告 (カンボジア) やデイサービス (インド) の報告など、アジアの国々ではローカルコミュニティのなかでの NGO や NPO 主導型のコミュニティケアが主流であり、既存のケアシステムのなかで PLWHA をケアしている日本の状況とは異なる光景が展開されていた。ところで、顔見知りになったエジプトからの参加者が私に「アジアにはまだケアがある。しかしアフリカにはケアもないんだよ」という言葉が印象的だった。たしかに日本のように地域ケアの体制が医療・介護保険とともに整備されている国はアジアには少ない。しかしアジアにはアジアのコンテクストにのっとった細やかな地域での助け合いの延長としてのケア、そのマンパワーがまだ残されている。コミュニティがあり、弱いからこそ互いに助け合って解決していこうとする自発性がある。アフリカの状況はさらに深刻であることをそこから来た人に聞くことはメディアを通して知るよりも重い。

6. 神戸へ向けて一弱さは過激 (ラディカル) である。

HIV/AIDS は社会的に脆弱な状態にある人々 (女性・子ども・セクシュアルマイノリティ・薬物常用者・外国人労働者・貧困者) にとって、その人々の存在そのものを危うくするような状況をつくりだす病いである。脆弱な状態にある彼/彼女が一度感染すれば、それまでの自分に貼られていたレッテルにもう一枚のレッテルがはられ、2枚のレッテルは相乗的に作用する。脆弱なままであれば感染はますます静かに深く潜行する。脆弱性を克服するためにはそのような状態にある人々を知ること、そして共にこの未曾有の感染症との戦いを戦うことだと思う。会議はそのために人々が集まりそして互いを知り合う場でもある。弱さは過激であると言ったのは松本正剛¹⁾であるが、わたしたちも Person who have sex with person の一人としてバルネラブルな存在であることを認めよう。関西にはそれを受け入れる素地が十分にある。松本が言うようになぜ私たち関西に住む者は万年最下位の阪神タイガースにあれほど熱狂的になるのか? 私たちは強さではなく弱さに可能性をみるからではないか。異なる意見や立場の違うもの同士がバルネラブルな存在となりお互いの寛容さを示すことがまず共に知恵をあつめ戦略を作り出す始まりとなるだろう。

日本はカタリスト (触媒) となりうるか?

UNAIDS のピーター・ピオット氏は今回の開催国であるオーストラリアの役割について「アジアの中にあって、経済的に豊かでしかも予防や医療体制に成功した国」としての位置付けから「専門知識・技術、そして経験を駆使してほかの分野で他の国を助けたように、開発途上国への資源提供をして欲しい」と述べていた。これを「成功した国ではないかもしれないが先に治療を出発した国としての日本」に置き換えて、私たちが積み重ねてきた経験のプラスもマイナスも他のアジアの国々とシェアしていくことが必要であると考えている。たとえば日本は既存の在宅ケアシステムのなかで HIV 感染者の在宅ケアを組み入れている。こういったモデルを他の国に示し意見を交換し合うことはひとつの方法であると思う。ところで日本は資金で貢献しても人的貢献は少ないとよくいわれる (らしい)。私見であるが、その国のやり方を尊重するという方法で考えれば資金だけの援助があってもいいのではないかと。共に汗を流すことで救われるのは援助をしたほうであろう。旗をみせることがそれほど重要であるとは思わない。さらに予防活動などの実践や NPO 活動からいえば日本はタイやフィリピン、インドなどから学ぶべきことがたくさんある。このような場面でもっと人的交流が盛んにあっても良いと思う。相互理解、協働ができればと思う。

最後にこの会議への参加の機会を与えてくださったエイズ予防財団、推薦の労をとってくださった JANAC 運営委員会に紙面をかりて感謝致します。

文 献

1) 松本正剛: フラジャイル. 東京, 筑摩書房, 1997.