

ザンビアでの HIV 対策支援と ハーバード公衆衛生大学院留学

野崎 威功真*

小児科医をしていた私が、国際協力に携わるようになったのは 2005 年でした。もともと国際協力がたくて医学部に入り、国立国際医療研究センター小児科に入職した私ですが、どうしてよいかわからず進路に悩んでいたときに、同じセンター内にある国際医療協力局から声をかけていただき、国際協力を生業とするようになりました。初めて長期で海外に赴任したのは、2007 年から 3 年 3 か月、アフリカ南部に位置するザンビアという国でした。ザンビアはあまり日本人にはなじみのない国かもしれません。年配の方は 1964 年の東京オリンピックのときに、旧ローデシアとして入場、期間中に独立したことからザンビアとして退場していった姿を思い出されるかもしれません。

仕事の内容は、JICA（国際協力機構）の技術協力プロジェクトの専門家として、HIV 感染症の治療を農村部に広げることでした。日本では小児の HIV 感染は多くありませんので、HIV 感染の中核病院に指定されている国立国際医療研究センターには症例が集ります。臨床時代に自分が担当していた患者さんを亡くした経験から、HIV 感染の治療には積極的にかかわっていきたくて決めていたので、望んだ仕事でした。当時のザンビアの成人の HIV 感染率は 17% と、大人を 6 人集めると 1 人は感染している状況で、死因の第 1 位は HIV 感染でした。処女と性交することで治癒するというデマがあり、幼女の強姦など痛ましい事件も多かったと聞いています。



処女との性交で HIV 感染が治癒するというデマによる幼女の性的虐待防止を訴える看板

HAART 療法^(注1)がザンビアで始められるようになったのは 2004 年でした。その後、徐々に広げられましたが、私が赴任したころは、まだまだ限られた施設でしか治療はできませんでした。グローバルファンド^(注2)ですとか、米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR)^(注3)などの支援が始まり、2005 年からは治療が無料になりましたが、日本の 2 倍の面積に人口は日本の 1/10 で、日本と違って山はなく、平地にパラパラとまばらに人が住んでいますので、医療機関から遠く離れて住んでいる人たちが多くいます。無料になったおかげで治療を始められる人が増えましたが、続けることができず多くの人が半年ほどで脱落してしまう状況でした。このため、よりコミュニティに近いところに治療の場を広げる必要がありましたが、ザンビアでは医学部が 1 つしかなく、全国で 700 人ほどしか医師がいません。医学部の定員は 50 人で、卒業後、その半数は海外に出稼ぎに行ってしまう。われわれは 2 つの郡をパイロットサ

NOZAKI Ikuma

* 国立国際医療研究センター国際医療協力局
〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1
TEL 03-6228-0327



病院までの移動手段になっている牛車



農村部での生活の様子。マッシュルームハウスとよばれる土とわらでできた家

イトとして活動していましたが、日本の2倍の面積で、当時は72郡に分けられていたので、1つの郡は日本の県ほどの広さです。人口は両郡とも20万人前後でしたが、このなかに病院は2つしかなく、医師は3名程度でした。医師不足を補うための準医師（クリニカルオフィサー）が主役のヘルスセンター（クリニック）が20施設ほど配置されていました。

当時、郡病院ではHIV感染治療が始まっていましたが、ヘルスセンターでは行われておらず、私が派遣されたプロジェクトは、このヘルスセンターにHIV感染の治療を広げることが目標でした。しかし、ヘルスセンターには医師もおらず、検査機器もなく、医療資源はとても限られていました。このため、われわれは郡病院から定期的にヘルスセンターに支援に行き、HIV専門外来を開設するモバイルARTサービスの導入を支援することにしました。2週間に一度、ランドクルーザーに必要な物品を載せて選ばれたヘルスセンターへ行き、そこのスタッフに教育を行いながらHIV感染治療のクリニックを開設していきました。それまで、急性疾患の治療しか経験してきていないザンビアのヘルスセンターにとって、決められた日に定期的に活動を行うことが求められるHIV感染治療は困難が多いものでした。医療資源の限られたヘルスセンターに、HIV感染治療のように高度な医療を導入するに際しては、質を担保できるのか誰もが心配しました。そこで、われわれは治療開始6か月後に治療継続できている割合



モバイルチームがヘルスセンターに到着

を調べました。その結果、治療成績は郡病院と遜色がないことがわかり、このモバイルARTサービスは国のガイドラインに載ることになりました。

一方で、われわれはHIV感染の治療を農村部まで広げることが支援しましたが、広がってみると、農村部の人々の生活は都市部とは全く違うことがわかってきました。たとえば、多くの人は自営の農家で、時間に縛られる生活をしておらず、時計も持っていません。治療を受けている人を対象にした聞き取り調査では、約半数の患者が時計を持っておらず、1割は太陽の位置を頼りに薬を飲んでいました。国のガイドラインでは、朝7時、夜7時など決まった時間に薬を飲むように指導することになっています。太陽の位置を頼りに内服している人にはこれを守るの難しく、事実飲み忘れが多いことがわかりまし



診療待ちの行列がクリニックの外まで続く



診療の様子。スタッフの半数は医療資格をもたないボランティア

た。赤道付近にあるザンビアでは、日の出・日の入りを目安にしても問題ないことから、患者を指導する際には時間だけでなく、患者の状況に合った指導をするよう話し合いました。

また、祈祷師の祈祷でHIV感染が治癒すると信じている患者が少なからずいて、将来的に治療継続の障害になりうることもわかってきましたので、保健省に報告しました。

こうした活動を終えて、2010年4月に帰国しました。帰国後、留学の機会を与えられ、ハーバード公衆衛生大学院にある国際保健のコースの「武見国際保健プログラム」で勉強させてもらいました。武見国際保健プログラムは、故 武見太郎 元医師会長を記念し、1983年に設立されました。健康改善のために限られた資源をいかに動員、配分、維持するか、といった問題を主なテーマとして扱う学際的研究プログラムで、発展途上国を中心に世界中から中堅の専門家を集め、国際保健に関する国の政策の制度的発展や改革に資する研究を行っています。私は2010～2011年に武見フェローとして1年間、主にザンビアでの活動をまとめる研究を行い、何編かの論文として発表することができました。

国際保健の分野でも、施策に資するエビデンスを創出することの重要性が広く認識されるように

なっています。現場での経験を積んだ後、武見国際保健プログラムで学ばせていただいたことは大変有意義でした。これからも、フィールドでの知見を政策に還元できるような活動を続けていきたいです。

注釈

注¹：HAART療法（Highly Active Anti-Retroviral Therapy）とは、複数の抗HIV薬を各人の症状・体質に合わせて組み合わせて投与し、ウイルスの増殖を抑え後天性免疫不全症候群（AIDS）の発症を防ぐ治療法である。薬価が高いことから開発途上国では実施困難であったが、2003年以降、徐々に価格も下がり途上国でも実施できるようになった。

注²：グローバルファンドは、貧しい国の発展を妨げる重大な要因となっているエイズ、結核、マラリアの三大感染症対策のために資金を提供する機関として、2002年1月にスイスに設立された。支援の対象は、110以上の国・地域にのぼり、中低所得国が自ら行う三疾病の予防、治療、感染者支援、保健システム強化に資金提供するため、各国の政府、民間財団や個人から総額約335億ドルの対策のための資金を調達した（2015年4月現在）。

注³：2003年、ブッシュ大統領は、5年間で150億ドルをHIV対策に拠出する「エイズ救済緊急計画（PEPFAR）」を発表した。これは、1国の政府が一つの疾病を対象に実施する国際医療計画としては、史上最大規模のものである。全世界100か国以上で2年間、地域、またはボランティアのプログラムによってHIV・エイズと戦う多角的な取り組みとして、また「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」のような多国間組織の支援策として発足した。

* * *