

4



エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされる子どもたち

子どもたちは、自らHIV／エイズにかからなくてもこの病気によって破滅しうる。親のいずれかまたは両方の感染によってHIV／エイズが家のなかに入ってくると、子どもの生活の基盤そのものが引き裂かれてしまうのである。統計を見ると気が遠くならざるを得ない。HIV／エイズで親を失った18歳未満の子どもは、2003年までに1,500万人にのぼった—つい2年前までは1,150万人だったのである⁽¹⁾。その10人に8人はサハラ以南のアフリカに住んでいる。アフリカでHIV／エイズのために親の一方または双方を失う子どもは2010年には1,800万人を超えると推定されており、二重孤児—父母がともに死亡した子ども—の数は同じ期間に約200万人増える見込みである⁽²⁾。これに加えて数百万人の子どもが、家族が発病して死期を迎えつつある世帯で暮らしている。こうした子どもたちも、まだ親を失ってはいないにせよ、HIV／エイズの破壊的な影響に苦しんでいるのである。

HIV／エイズが子どもたちに及ぼす影響

権利が充足されないために 子ども時代が失われる

上記の数字はそれ自体恐ろしいことであるが、HIV／エイズが子ども時代に与える影響、あるいはその影響を受けている子どもたちの生活にもたらしている犠牲を十分に反映したものではない。統計は、このウィルスが子どもたちからどのように権利を奪っているかを示していないのである。生後1年も経たないうちに母親・養育者が病気になったり死亡したりすれば、その子の基本的ニーズ（十分な保健ケア、衛生設備、栄養へのアクセス等）が満たされにくくなり、生存する権利が脅かされることも多い。HIV／エイズはまた、積極的な自己アイデンティティや自尊心の発達のためにきわめて重要な家族環境で暮らす権利も子どもたちから奪う。子どもが施設に入れられたり、路上で生活するようになったり、あるいは児童労働

要約

何が問題か： HIV／エイズは子ども時代の基盤そのものを引き裂きつつある。HIV／エイズで親を失った18歳未満の子どもの数は、2003年末までに約1,500万人にのぼった。その10人に8人がサハラ以南のアフリカの子どもである。感染と喪失の大波を食い止めるための断固たる行動が迅速にとられないかぎり、アフリカでHIV／エイズのために親の一方または双方を失う子どもは2010年までに1,800万人を超えると推定されている。

親を失うということは、保護者がひとりいなくなるだけの話ではない。それによって子どもの生活のあらゆる側面—情緒的安定、身体的安全、精神的発達および健康全般—が侵食されるのである。子どもたちは、家族環境のなかで暮らす権利を奪われる。暴力・虐待・搾取・偏見・差別から守ってくれるセーフティネット（安全網）に穴があくということでもあり、できるだけケアと支えが必要である時期に他者からますます隔絶されてしまうことをも意味する。もっとも極端な場合、家族の支援を完全に失い、いつのまにか路上で暮らしていることにもなる。

養育者が発病したり死亡すれば、教育に対する子どもの権利も脅かされることが多い。子どもたちは学校を中途退学し、家族の世話・扶養をするという、おとなの役割を担わされるためである。休息・遊び・レクリエーションの権利についても同じことが言える。HIV／エイズによって貧困が悪化することも多いため、子どもたちが危険な労働に従事したり搾取されたりする危険性も高まる。

何をなすべきか： エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされる子どもたちの権利を尊重することは、今後20年間の国際的優先課題とされなければならない。そのためには複数の領域で次のような行動をとることが必要である。

- **エイズの広がりを抑えること。** そのためには、国家レベルの断固たるリーダーシップ、幅広い意識啓発および予防のための集中的な努力が必要である。
- **必要な資金を拠出することによって、エイズ孤児とHIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちのためのプログラムを支援すること。** HIV／エイズ関連の資金のなかでも、ごくわずかな配分しか得られていないからである。
- **親の延命を図るとともに、経済的、心理社会的支援、その他の支援を提供すること。**
- **コミュニティを中心とした対策を推進し、これを支援するために、弱い立場に立たされた世帯に即時支援と長期的支援の両方を提供すること。**
- **必要不可欠なサービスへのアクセス**（教育、保健ケア、出生登録等）を、エイズ孤児とその他の弱い立場に立たされた子どもたちのために確保すること。

HIV／エイズの世界的脅威

アフリカにおけるHIV／エイズの発生病数は、1980年代初頭には100万件に満たなかったものが、2003年末には約2,500万件へと爆発的に増えた^(a)。1990年から2003年にかけて、サハラ以南のアフリカでエイズによって親を失った子どもの数は100万人未満から1,200万人以上へと増えた^(b)。この疾患の広がりを食い止める緊急の方策をとらなければ、他の地域も同じように荒涼とした未来に直面することになる。

世界人口の6割が暮らしているアジアでも急速に感染が広がっている。アジアでは推定740万人がHIVとともに生きており、2003年だけで110万人が新たに感染した。感染者数が急増しているのは中国、インドネシア、ベトナムである。アジアでのHIV／エイズはおおむね、注射器による麻薬使用者、男性と性交渉を持つ男性、セックスワーカー、セックスワーカーの客およびその直接の性的パートナーに集中している。こうしたグループを対象とした予防のための効果的な取り組みは、偏見や差別が主な原因となり、十分に広がっていない。アジアでも、リスクの高い行動に開かれた姿勢で取り組むことを選んだカンボジアやタイのような国々は、他の国よりも感染率の削減に相当成功している。それでもなお、有病率が両国で憂慮すべきほど高いことには変わりがなく、カンボジアのHIV有病率はアジア最高（2.6%）である^(c)。

東ヨーロッパ・中央アジアも感染の拡大に直面している。その主な火種になっているのは静脈注射による麻薬の使用である。1995年から1998年にかけて、東ヨーロッパ・中央アジアの元社会主義諸国はHIV感染率の6倍増を

経験した^(d)。同地域で現在HIVとともに生きている人の数は、1995年には約16万人だったのに対し、いまではおよそ130万人にのぼっている。エストニア、ラトビア、ロシア連邦、ウクライナがもっとも大きな影響を受けているが、HIVはベラルーシ、カザフスタン、モルドバでも広がり続けている。

東ヨーロッパ・中央アジアにおける感染の様相は、件数の増加につれて変わりつつある。今日では、同地域の感染者の8割以上が30歳未満である。新たな感染者の中で女性が占める割合は世界中で上昇しつつあるが、その傾向はロシア連邦でも顕著であり、2003年には新たな感染者の3人に1人が女性となっており、わずか2年前の4人に1人から比べても著しく増えている。

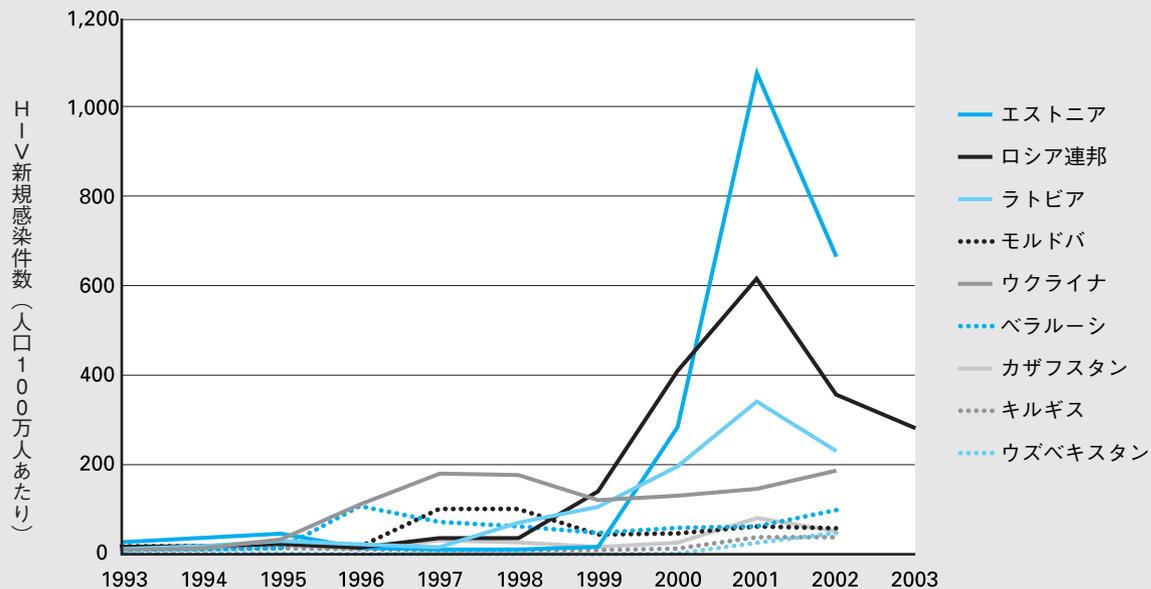
ラテンアメリカはいまのところHIVの全般的な流行を免れているが、胸をなでおろしている余裕はない。HIV／エイズに関して国連エイズ合同計画（UNAIDS）が発表した最新の報告書によれば、いくつかの国ではウィルスが今よりも広く蔓延する条件が整っているように思われる。同地域でもっとも人口が多いブラジルでは、注射器による麻薬使用者の感染率が一部地域で60%を超えたと報告されている。カリブ海諸国ではすでに一般住民の間でウィルスが広がりつつあり、もっとも大きな影響を受けているハイチでは成人の有病率がおよそ5.6%に達している。

HIV／エイズと闘う任務を委ねられた人々にとって、もっとも逼迫している課題のひとつは信頼できるデータが

乏しいことである。低所得・中所得諸国のうち、2002年までにサーベイランス・システム（監視制度）が全面稼動していた国は36%にすぎなかった。たとえば北アフリカ・中東では、利用可能な情報の多くはケース報告に基づくデータのみである。その推定によれば同地域では約48万人がHIVとともに生きていられるが、セックスワーカー、注射器による麻薬使用者、男性と性交渉を持つ男性といったハイリスク層の調査が行われていないため、これらのグループにおける潜在的流行が見過ごされている可能性もある。

過去25年の経験を振り返れば、流行を初期段階で抑えこむためには迅速に行動することが重要なことはわかるはずである。効果的な対応策がただちにとられなければ、死亡率は今後も上昇を続けるであろうし——世界的に見れば、エイズはすでに15～49歳の年齢層では最大の死因となっている——、エイズ孤児やHIV／エイズで弱い立場に立たされる子どもたちの危機も、もはやサハラ以南のアフリカだけの問題には留まらなくなるだろう^(e)。

図4.1 東ヨーロッパ・中央アジアにおけるHIV新規感染件数（1993～2003年）



出典：European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, *HIV Surveillance in Europe: Mid-year report 2003*, No.69, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, 2003; AIDS Foundation East-West.

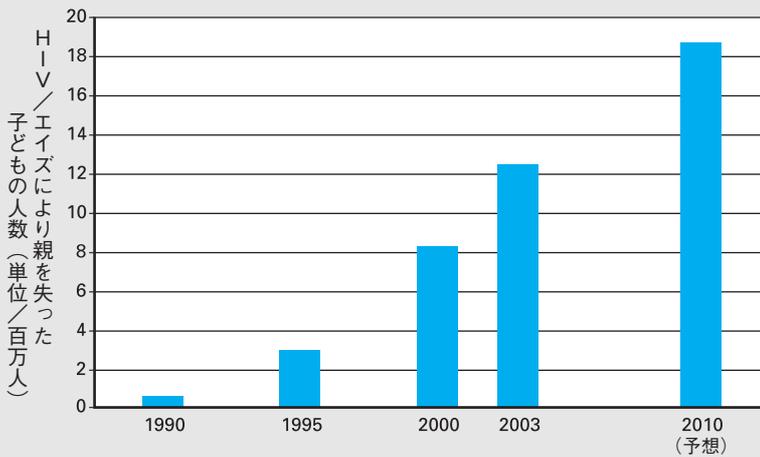
をしなければならなくなる可能性も高まるのである。

養育者が死亡すれば、HIV／エイズにつきまとう偏見ともあいまって子どもが差別されるおそれが生じ、子どもがもっとも権利を侵されやすく、できる限りのケアと支えが必要な時に、他者からますます隔絶される可能性が出てくる。エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちは、暴力・虐待・搾取にさらされることも多い。子ども自身も感染しているといった、誤った憶測がなされることもある。

養育者が発病したり死亡すれば、教育に対する子どもの権利も脅かされることが多い。子どもたちは学校を中途退学し、家族の世話・扶養をするという、おとなの役割を担わされるためである。家族への影響は親が死亡するはるか前から及ぶ。おとなが病気になった時点で、仕事ができなくなる可能性があるからである。ジンバブエ東部で行われた研究では、親が致死性の疾病にかかると、所得・資産が相当に失われるという結論が出た⁽³⁾。ただでさえ十分ではない所得は、保健コストの増

加、そして最終的には葬式費用によってさらに圧迫される。同じ研究によれば、これらの費用は1人あたり平均所得のおよそ半額にまで達していた⁽⁴⁾。このような経済的圧力ゆえに、家族がHIV／エイズの影響を受けている子どもたち（とくに女子）は、働くため、または家族の世話をするために学校をやめざるを得なくなることが多く、危険な労働に従事したりその他の形態で搾取されたりする危険性も高まる。家族を支えるために働く子どもたちは、そのために教育ばかりではなく、休息・遊び・レクリエーションも犠牲にしている。コミュニティ、宗教、文化的活動やスポーツに参加する機会も失っているのだ。これらの権利が失われるということは、エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちの多くは、実質的に子ども時代を享受できないということである。

図4.2 エイズ孤児（サハラ以南のアフリカ）



出典：UNAIDS, UNICEF and USAID, *Children on the Brink* 2004.

家族とコミュニティが重圧を感じる

サハラ以南のアフリカでは、親の一方または両方を失ったほとんどの子どもの世話は拡大家族によって行われてきた。複雑で強靱な拡大家族制度は伝統的に対応が早く、いまでも同地域の孤児の約9割が拡大家族の世話を受けている⁽⁵⁾。しかし、HIV/エイズの流行によって引き起こされた喪失の波はこのセーフティネット（安全網）に深刻な負担をかけており、もっとも影響の大きい国々（ボツワナ、レソト、スワジランド、ジンバブエ）ではとくにそれが顕著である。親を失った子どもを——親族であるか否かに関わらず——引き取った世帯は、世帯所得で養わなければならない被扶養者が増えるために、より貧しくなる可能性が高い。ウガンダでは、親を失った子どもがいる世帯の1人あたり所得は、そのような子どもがいない世帯の77%だった⁽⁶⁾。拡大家族のネットワークにストレスがかかることは否定できないにせよ、大切なこととして強調しておかなければならないのは、HIV/エイズで親の一方または双方を失った子ど

HIV/エイズの「女性化」

1980年代初頭にHIV/エイズの流行が始まった当初、HIV陽性患者は男性のほうが女性よりも圧倒的に多かった。それ以降、HIVに感染した女性の割合は着実に高まっており、今日ではHIV陽性患者の半数近くが女性または女子である。流行の「女性化」がもっとも顕著なのはサハラ以南のアフリカで、HIV陽性患者の6割近くを女性が占めている。同地域の15～24歳の若年層では、感染者の75%が女性である。

HIV/エイズの広がりや衝撃が女性に不相応な影響を及ぼしている裏では、貧困と男女の不平等が推進力となっている。経済的に困窮した女性・女子は売買春や人身売買の被害を受けやすく、安全なセックスを求めようにも、そのための交渉力をほとんど持ちあわせていない。取り引きとしてのセックスの誘惑に屈し、金銭、物資、その他の基本的サービスと引き換えに年長の男性や富裕な男性と関係を持つ場合もある。このような取り引きとしてのセッ

クスにより、HIVに感染するリスクはかなり大きくなるのである。

HIV/エイズの影響がもっとも大きな国の一部では、女性に対する暴力が深く根づいているところがあり、また社会的タブーによってセックスやHIV感染のリスクについて語れない文化もあることから、女性・女子がHIVに感染するリスクが高まっている。これに加えて、女性は身体的に男性よりもHIVに感染しやすい。セックス中にHIVが男性から女性に感染する確率は、女性から男性に感染する確率の2倍近いのである。

女性のHIV/エイズ感染率が上昇したことにより、サハラ以南のアフリカにおける親の喪失パターンも変化してきた。いまでは、HIV/エイズにより母親を失った子どものほうが父親を失った子どもよりも多い。サハラ以南のアフリカでもっとも大きな影響を受けている国々では、孤児の6割が母親

を失っているのに対し、アジアやラテンアメリカ、カリブ海諸国ではその割合は4割である。子どもにとって、母親を失うことが父親を失う場合と比べてどのような意味を持つのかという点についてはまだ十分にわかっていないが、最近実施された複数の世帯調査によれば、母親を失ったアフリカ南部諸国の子どもたちは、父親が別のところに住むことが一般的であるために、「実質的」な二重孤児となる可能性がとくに高い。

女性・女子は、感染者の過半数を占めている以外に、HIV/エイズの流行の影響を別の形でも受けている。多くの国で、女性は家族の世話をし、家庭生活を守っていく立場にある。家族の誰かが病気になれば、同じ家族の女性がその世話をすることになる。このケアの負担は途方もなく大きく、年齢によって免除されるわけでもない。病気の親族の面倒を見たり失われた所得の埋め合わせをするために手伝いが必要

もにとって、何らかの形態の家族生活を維持することはきわめて重要だということである。親を失った子どもにとって家族の維持が最善の選択肢だとすれば、このような子どもをケア・保護する家族の力を緊急に強化しなければならない。

女性にケアの負担がのしかかる

家族にHIV／エイズの影響が及んだとき、女性—とくに高齢女性や女子・若年女性—にケアの負担がはるかに重くのしかかる。その重圧は明らかになりつつある。南アフリカで最近行われた研究では、調査対象世帯の養育者の3分の2が女性で、そのうちほぼ4分の1が61歳以上だった⁽⁷⁾。女性が世帯主である世帯は、親のいない子どものケアを、男性が世帯主である世帯よりも多く引き受けているのが一般的であり、世帯自体の貧困の悪化を招いている場合が多い(70ページのパネル「HIV／エイズの『女性化』」参照)。

世帯主とならざるを得ない子どもたち

子どもや青少年が病気の親や妹、弟たちの世話をしなければならなくなるのがあまりにも多い。子どもが世帯主である世帯の割合は公式の数値としてはまだまだ小さく、ほとんどの国では1%に満たないが、これはこの問題の規模を圧倒的に過小評価している。ひとり親世帯で親が病気になった場合、公式にはその親が依然として世帯主ではあるものの、実際には子どもたちがケアの負担や責任を負っている場合がある。同様に、たとえ子どもが祖父母やその他の親族に引き取られたとしても、働いて一家を支えるよう要求されることもある。

となった家庭では、女子が真っ先に学校に行けなくなる傾向にある。これは女子の教育に致命的な痛手となるだけでなく、HIV／エイズの予防・感染についての重要な情報が得られなくなることにより、女子自身の感染リスクも高めてしまうのである。高齢の女性も、成人になった子どもがHIV／エイズで倒れ、しばしば死亡するために、ケアの負担を背負うことになる。HIV／エイズの流行でより多くの命が奪われるにつれ、エイズ孤児の世話をますます任されるようになってきているのも女性である。

一家の大黒柱が病に倒れたり死亡すれば、残された養育者は仕事の負担増および所得・資産の減少と闘わなければならない。家族の食べ物や住居に責任を負っているのは女性である場合が多く、乏しい稼ぎではやっていけないこともある。その結果、食べ物その他の生活必需品と引き換えに取り引きとしてのセックスに追い込まれる女性も

いる。HIV／エイズによって夫、父親、きょうだいの命が奪われていけば、女性、とくに財産権が男系継承とされている文化で暮らす女性は、家族の土地や財産も失うことになる。場合によっては、HIVに感染していることを配偶者に打ち明けたとたん、女性がこれらの資産を奪われることもある。

女性は、HIV／エイズにともなう偏見の主たる標的にされることもある。女性がまずHIV検査を受けさせられ、家庭やコミュニティにこの病気をもちこんだと非難されることが多い。本当の感染源は男性のパートナーであるかもしれないのに、である。HIV／エイズが暴力を煽り立てる場合があることも明らかになりつつある。女性がHIV陽性であることへの懲罰的な行為である。このような暴力を恐れて検査を受けず、あるいは感染していても治療を受けない女性や女子もいる。女性の就業率が低いということは、民間の医療保険に加入したり治療費を支払うこと

が困難な場合もあるということでもある。

HIV／エイズに感染する女性の劇的増加の主な原因のひとつに男女の不平等があることを考えれば、予防プログラムの立案の際にはジェンダーに配慮したアプローチをとることが鍵となる。女性は、感染から身を守るのに役立つ知識と手段を得られなければならない。抗レトロウィルス治療を今後利用できるようになると見込まれている開発途上国の数百万人の人々のうち、少なくとも半数は女性であるべきである。コミュニティは、HIV陽性とわかった場合に女性が暴力を振るわれるおそれがあるということも含め、女性の検査受診を妨げている障壁を取り除く必要がある。

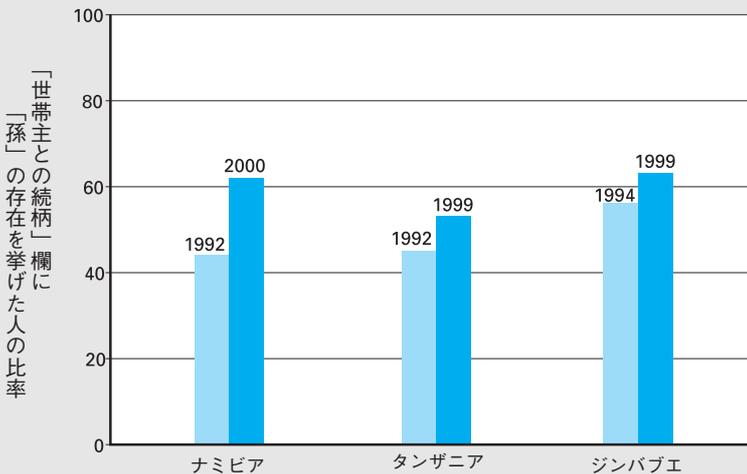
101ページの注参照。



© UNICEF/HQ04-06895/Giacomo Pirazzi

ユニセフが支援するエイズのために親を失ったり棄てられたりした子どもたちのためのホーム（ロシア連邦・カリーニングラード）にて。寸劇を見る3人の子どもたちはHIVに感染している。現在抗レトロウィルス治療を受けているが、HIV／エイズにつきまとう偏見のため、この子たちが養子として引き取られる可能性は低い。

図4.3 親を失った子どもをケアする負担は祖父母が負うようになりつつある*



*一部の国
出典：人口保健調査（1992～2000年）

世帯主となることで教育の機会を脅かされる子どもたち

多くの場合、ケアの負担を負わなければならない子どもたちは学校から脱落することになる。教育を放棄するという事は、自分自身にとっても家族にとってもよりよい未来を創り出す可能性が限られるだけでなく、どうしたらHIV感染を防ぐことができるか、またどうしたらHIV／エイズの治療にアクセスすることができるかという、命に関わることも多い、重要な情報を受け取ることができなくなることを意味するのである。

HIV／エイズは子どもたちから権利を奪い、子どもの貧困を深めている

親を失うことによって、子どもは生活のあらゆる側面—情緒的安定、身体的安全、精神的発達および健康全般—を侵食される。エイズの影響を受けた世帯では食糧消費が40%も少なくなることがあり、子どもの栄養不良や発育障害の危険性が高まる⁽⁸⁾。カンボジアでは、クメールHIV／エイズNGO連合とファミリー・ヘルス・インターナショナルが最近実施した共同研究により、エイズの影響を受けている家庭の子ども約5人に1人が、家族を支えるために過去半年の間に働き始めることを余儀なくされていたことがわかった。3人に1人は、家族の世話をしたり主な家事を引き受けたりしなければならなかった。学校を中途退学せざるを得なくなったり、家から追い出されたりする子どももいた。このような経験を通じて子どもたちはひどい偏見と心理社会的ストレスに晒され、その影響は女子のほうが男子よりも大きいことがわかっている⁽⁹⁾。

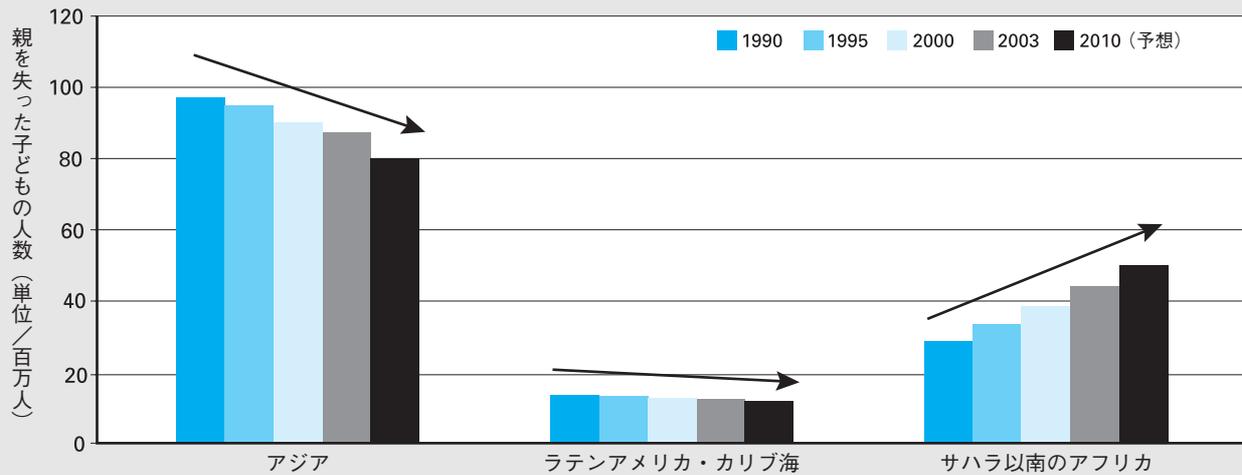
保護的な環境の崩壊

エイズ孤児とHIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもは、搾取・虐待・暴力の被害を受けやすい

親の死亡とともに、子どものセーフティネット（安全網）には穴があく。家族環境による保護を失った子どもたちには、学校に行けなくなったり、児童労働に従事したり、虐待・暴力・搾取・偏見・差別に苦しむおそれが出てくるのである。

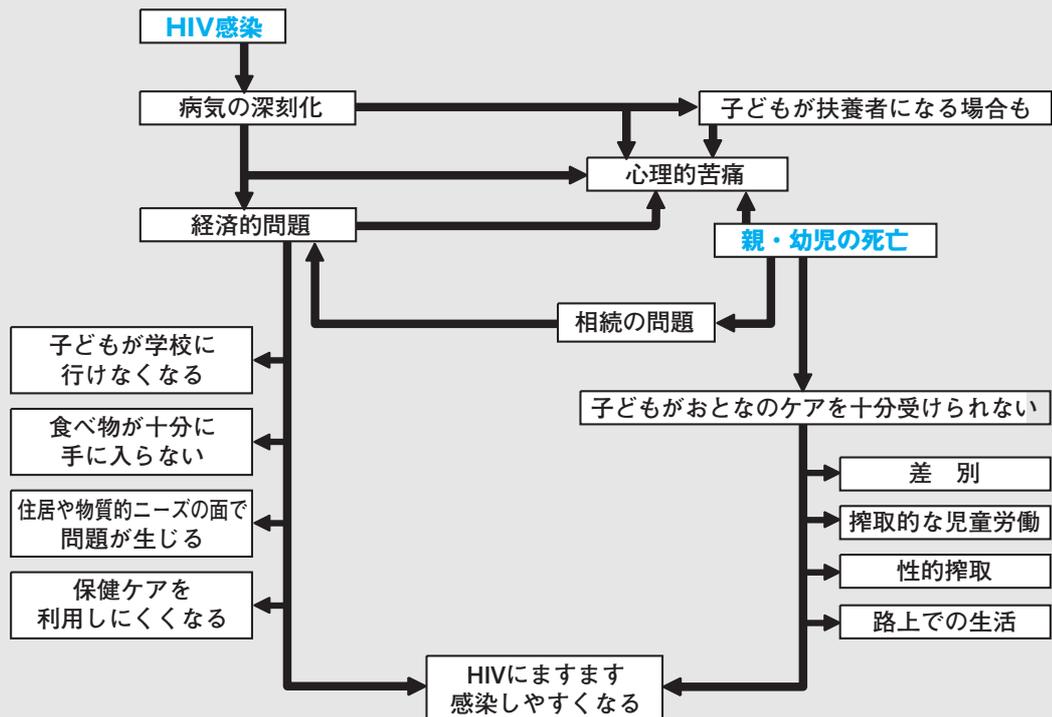
国際労働機関（ILO）の検証によれば、親を失った子どもはそうでない子どもよりも、商業農園で、

図4.4 HIV／エイズがもっとも深刻なサハラ以南のアフリカは、親を失った子どもが増えている唯一の地域である



出典：UNAIDS, UNICEF and USAID, *Children on the Brink* 2004.

図4.5 HIV／エイズの影響を受ける子どもと家族が直面する課題



出典：Williamson, J., *A Family is for Life* (draft), USAID and the Synergy Project, Washington, D.C., 2004.

HIV／エイズとともに生きる子どもたち

毎日約1,700人の子どもがHIVに感染している。現在HIVとともに生きている15歳未満の子どもの数は、世界中で推定210万人である。2003年には15歳未満の子ども約63万人が感染した。

青少年の主な感染経路は無防備な性的活動だが、乳幼児は母親を通じて感染する。したがって、生殖可能年齢の女性のHIV感染を予防することこそ、HIVに感染する乳幼児の数を減らすもっとも効果的な方法である。予防策がとられていないため、開発途上国におけるHIVの母子感染率は推定25～45%である。感染の約3分の2は妊娠、陣痛、分娩中に、残りは授乳中に起きる。妊婦と出生直後の新生児を対象として抗レトロウイルス薬を使う母子感染予防(PMTCT)プログラムでは、感染のリスクを半減させることが可能である。

男性と性交渉を持つ男性、商業的セックスに従事する男女、または注射器に

よる麻薬使用者の間で集中的流行が起こっている国々では、リスクの高い行動はほとんどの場合、思春期に始まる。流行の影響をとくに受けやすいのは男子である。商業的セックスワーカーの間で集中的流行が起こっている国、または一般住民の間でHIVが流行している国では、思春期女子のHIV感染リスクが人口比に照らして不相応に高い。もっとも影響を受けている国のなかには、感染した女子と男子の比率が5対1のところもある。若者が家庭以外で——たとえば路上で——暮らしている場合もHIV感染のリスクが高まる。

HIV陽性の子どもたちを拡大されたケア・治療プログラムの対象に含めることが、決定的に重要である。ブラジルは、国家的治療政策の一環として、子どもと青少年を対象とした抗レトロウイルス治療の実施に成功してきた。南アフリカ、ウガンダ、ザンビアをはじめとする他の多くの国々も、HIV／

エイズとともに生きる多くの子どもたちをプログラムの対象とするようになりつつある。このようなプログラムには、日和見感染症やHIV／エイズの治療に加えて、日常的な子どもの保健ケア、栄養保障および心理社会的ケアも含まれるべきである。さらに、HIV／エイズおよびその二次的疾患に対応するプログラムは日常的なプライマリーヘルスケア・サービス（基礎保健サービス）に統合されなければならない。子どもがHIVに感染していることはほとんどの場合わからず、その健康上のニーズへの対応はこうしたサービスを通じて行われるのが一般的だからである。

101ページの注参照。

路上の物売りとして、家事労働者として、あるいは性産業で働くようになる確率ははるかに高い。ザンビアで売春に従事している子どものうち47%は両親を、さらに24%は一方の親を失っていた⁽¹⁰⁾。タンザニアの炭鉱で働いている子どもたち（7～17歳）は、約38%が親を失っていた⁽¹¹⁾。エチオピアでは、アジスアベバで面接調査の対象となった家事労働者の子どものうち、4分の3以上が親を失っており、80%が仕事をやめる権利を認められていなかった。その多くは週7日・1日11時間以上働いており、遊んだり、テレビを見たり、ラジオを聴いたりする機会はまったくなかった⁽¹²⁾。

サハラ以南のアフリカ、アジア、ラテンアメリカ・カリブ海諸国で親を失った子どもの半数以上は思春期の子どもたちである。この年齢層の子どもはいっそうHIVに感染しやすい。その大きな理由は、心理社会的・経済的困窮のせいで、感染リスクの高い性的行動や薬物の濫用に走る場合があるためである。したがってこのような子どもたち

にとっては、包括的な性保健教育や感染のリスクを小さくするためのサービスだけではなく、学校や宗教団体・コミュニティ団体を通じ、十分なケアを提供できるおとなとの関係が必要となる⁽¹³⁾。

以上のすべての子どもたちにとって、心理社会的影響は身体的影響と同じくらい重大なものとなりうる。HIV／エイズが珍しくない社会でさえ、その影響を受けている世帯で暮らしている子どもや自らHIV／エイズとともに生きている子どもは依然として偏見の対象となりかねない。里親家庭でもけっきょく不適切な扱いを受けたり無視をされたり、親の喪失ばかりでなく、きょうだいとの別離まで耐え忍ばなければならなかったりするるのである。

エイズ孤児とHIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちを支える戦略

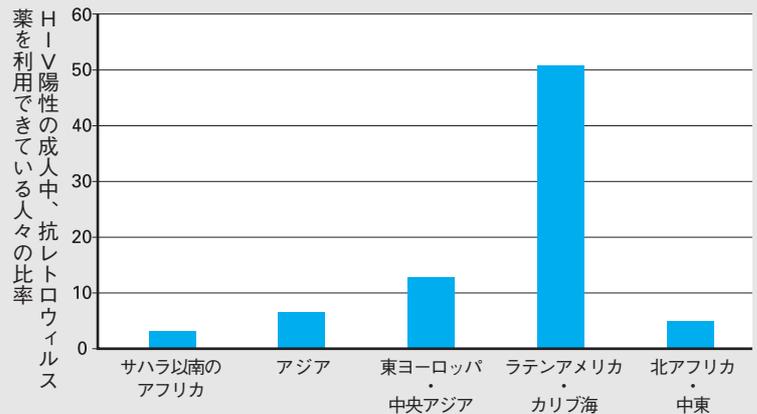
統合的な行動課題

エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちをめぐる諸問題には、国連総会の2度の特別会期——HIV／エイズ特別総会（2001年6月）と子ども特別総会（2002年5月）——で焦点があてられた。国連とそのパートナー機関は、HIV／エイズの影響を受けている子どもたちの緊急のニーズにどう対応していけばよいか、という点について、ドナー諸国ならびに影響を受けている国々の政府のガイドラインとなる行動枠組みを提示してきた。2005年までに達成すべき具体的目標としては、親を失った子どもや、その他権利を侵害されやすい立場に立たされた子どもに対応するための国家的戦略を策定すること、差別の禁止を確保すること、資源を動員すること、国際協力体制を構築することなどがある⁽¹⁴⁾。

なかでも優先順位がもっとも高い課題は、もちろん、HIV／エイズの広がりを押し留め、それによって親を奪われる子どもたちの数を減らすことである。この病気が世界中で広がりつつあるのは事実であるが、この波を跳ね返すことに成功し、モデルとなりうる国家的な取り組みがあることも確かである。たとえばウガンダは、国家レベルの断固たるリーダーシップ、幅広い意識啓発および予防のための集中的な努力により、持続的達成が可能であることを示す傑出した実例となった。タイでとられた包括的行動も、1990年代に約500万件のHIV感染を防ぐ結果につながっている⁽¹⁵⁾。

おとなの生存を確保することは決定的に重要である。そのために、世界保健機関（WHO）、国連エイズ合同計画（UNAIDS）、ユニセフその他のパートナーは、2005年末までに300万人が抗レトロウイルス治療を受けられるようにすることを目指す「スリー・バイ・ファイブ・イニシアチブ（the 3 by 5 Initiative）」を支援している。抗レトロウイルス薬は、HIV／エイズの母子感染予防（PMTCT）プログラムにとっても鍵である。妊婦と出生直後の新生児に抗レトロウイルス薬を投与することで、感染のリスクを半減させることが可能になる⁽¹⁶⁾。ユニセフは現在70カ国でこのようなプログラムを支援しており、そのうち5カ国——ベラルーシ、ボツワナ、グルジア、キルギス、ウクライナ——では全国規模のものとなっている⁽¹⁷⁾。ブラジルは、国家的治療政策の一環として、子どもと青少年を対象とした抗レトロウイルス治療の実施に成

図4.6 2003年末現在の抗レトロウイルス薬の利用状況（地域別）



出典：UNAIDS/WHO, 2004.

功してきた⁽¹⁸⁾。これに加えて、ユニセフはコロンビア大学メールマン公衆衛生校（ニューヨーク）などと協力して「PMTCTプラス」を展開している。新生児の感染を予防するだけでなく、HIVとともに生きる母親や家族も治療しようという取り組みである。

何らかの形でHIV有病率を低下させることができたとしても、感染から死までにはかなりの時間差があるため、それがエイズに関連する親の死亡率の低下という形で反映されるまでには十年もの時間がかかる可能性がある。したがって、HIV感染に対する防壁が築き上げられた国でさえ、親を失う子どもたちの数は増え続けるだろう。たとえばウガンダでは、HIV有病率は1980年代後半にピーク（14%）を迎え、2001年には5%まで低下したものの、HIV／エイズで親を失う子どもの数は増え続け、2001年には子どもの人口の14.6%を占めるまでになった⁽¹⁹⁾。このことを念頭におけば、エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもの権利を尊重することは、少なくとも今後20年間、国際的な優先課題とされ続けなければならない。

国連エイズ合同計画（UNAIDS）構成組織委員会は、エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちの増加に対応し、かつ国際社会が決意を示した諸目標を達成する緊急の必要があることを認識して、2004年3月、次の5つの分野における包括的な行動戦略を策定した。

- 子どもを保護・ケアする家族の力を強化するため、親の延命を図るとともに、親に経済的、心理社会的、およびその他の支援を提供する。
- 傷つきやすい立場に立たされた世帯に即時支援と長期的支援の両方を提供するため、コミュニティを中心とした対応を促進し、支援する。
- 孤児および弱い立場に立たされたその他の子どもに対し、必要不可欠なサービス（教育、保健ケア、出生登録など）へのアクセスを確保する。
- 政策・立法の改善およびコミュニティへの資源の配分を通じ、政府が、もっとも権利を侵害されやすい立場に立たされた子どもたちを保護するようにする。
- HIV／エイズの影響を受けているすべての子どもたちの支えとなる環境を創り出すため、アドボカシーと社会的動員を通じてあらゆるレベルで意識の向上を図る。

抗レトロウイルス治療：HIV／エイズとともに生きるおとなと子どもの延命を図る

この20年間に2,000万人を超える人々がエイズで死亡した。抗レトロウイルス治療を受けることができれば、そのほとんどはいまでも生存しているはずだった^(a)。

抗レトロウイルス薬は、HIVの体内での複製・活動を阻害する。エイズの治療薬ではないが、感染者に大いなる希望をもたらし、エイズを慢性的ではあるが管理可能な病気へと変えてくれた。世界保健機関と国連エイズ合同計画（UNAIDS）の推定によれば、世界中で少なくとも600万人がHIV感染の発症段階にあり、抗レトロウイルス治療を緊急に必要としている。1990年代中盤から治療が利用できるようになった富裕諸国では、薬物療法と包括的エイズ管理が導入されて以来、エイズ関連の死亡が70%減少した^(b)。

開発途上国では様相がきわめて異なる。2003年後半までに抗レトロウイルス治療を利用できたのは、ただちに治療を必要とする患者のわずか7%にすぎなかった^(c)。抗レトロウイルス治療の費用はこの10年間で急落し、1990年代には年間1万～1万5,000ドルだったものが、現在ではいくつかのジェネリック医薬品の組み合わせにより300ドルにまで下がっている^(d)。それでも、

もっとも大きな影響を受けているいくつかの国々の圧倒的多数の患者にとっては、依然として高額すぎて利用できない。たとえばマラウイでは成人の14.2%がHIVに感染しているが、成人の平均収入は1年間でわずか170ドルである。HIVとともに生きている子どもにとって、世界の状況はさらに厳しい。抗レトロウイルス薬の価格下落が、小児科治療の費用低下に反映されていないのである。さらに、診断を受けないまま死亡していく子どもも少なくない。

HIV／エイズの流行でもたらされた絶望と抗レトロウイルス治療のすばらしい可能性の両方を受けて、世界保健機関（WHO）、UNAIDS、ユニセフその他のパートナーは2003年に「スリー・バイ・ファイブ・イニシアチブ（the 3 by 5 Initiative）」という野心的な計画を新たに開始した。開発途上国および移行期にある国々の300万人の人々を対象として、2005年までに抗レトロウイルス治療を受けられるようにすることが目標である。開発途上国で医薬品の価格を下げ、治療へのアクセスを向上させようとするドナー諸国政府、国際機関、信仰に基づいて社会奉仕活動を行う団体の取り組みを、製薬会社の努力で補完しようというものである。

このイニシアチブが焦点を当てるのは、簡易治療法と利用しやすい検査・医薬品パックの開発である。薬剤耐性HIVの出現を防ぐためには患者が治療計画を守ることが大切なので、モニタリング体制と治療提供体制を支えるべく、数万人の保健員に訓練が施されている。カウンセリング・プログラムとフォローアップ評価は、1人ひとりの患者に統合的サービス・パッケージが提供されるようにするうえで役に立つ。

スリー・バイ・ファイブ・イニシアチブには、開発途上国の保健ケアに革命をもたらす潜在的可能性がある。この戦略は、HIV陽性と診断された場合には治療を提供することを約束して、検査を受けるよう奨励するものである。これにより、自分がHIVに感染しているかどうかを知る人々が増え、ひいてはより安全な行動をとり、感染予防のためにより努力を傾ける人々の増加につながると見込まれる。抗レトロウイルス治療によって日和見感染症の発生件数も少なくなり、公衆衛生施設の負担が軽くなって他の患者のケアに資金を回すことが可能になる。このイニシアチブでは保健制度がより広範なサービスを提供できるよう制度内容の強化を図っているため、重要な成果のひとつとして、いっそう強化された保

家族を強化する

拡大家族は、HIV／エイズで親を失った子どもを支える重要な存在となっているが、今後もそうあるべきである。支えとなる家族環境で成長する機会を奪われると、子どもが受ける刺激や愛情、またひとりひとりに向けられる注意が少なくなり、生きていくための、また周囲の人々と健康的に交流するための準備を十分に整えることができなくなる。路上で暮らすか施設で暮らすかに関わらず、家族の外で成長する子どもは差別されるこ

とが多く、愛されていないとか排除されていると感じる場合もある。最悪の場合、家族とのつながりを失った子どもは身体的・心理的虐待の被害も受けかねない。

親を失った子どもをケアする家族とコミュニティの力を強化するためには、次のようなアプローチをとることが可能である。

- 親を失った子どもをケアしている世帯の経済的安定を促進する。そのための手段としては、た

健ケア・インフラが期待できる。

抗レトロウイルス治療により、HIV／エイズが死刑宣告ではないことが実証された。一連の治療は、ウィルス感染者が働き、社会に出ていき、参加できるようにすることで、偏見や差別とも闘っている。スリー・バイ・ファイブ・イニシアチブは、この機会を契機とし、コミュニティの支えおよび鍵となる関係者のコミットメントを得て、さらなる発展を図ろうとしている。

アフリカの多くの保健施設が信仰を基盤に奉仕活動をする団体によって運営されていることを踏まえ、全アフリカ教会協議会の代表であるニャンサンコ・ニ・ンクウ師は、2004年6月、偏見と闘い、スリー・バイ・ファイブ・イニシアチブを支えていくと誓った。「私たちは、ミッション系の病院、診療所、施療院、保健所で治療が受けられるようにしていきます」——師はこう約束している。「私たちの信心会と保健施設を、思いやりに満ちた安息の場所にしていきます」⁽⁶⁾

抗レトロウイルス薬をすべての人が入手できるようにしたいという思いは、具体的証拠に根ざしたものである。カメルーンで最近実施された研究では、

1カ月20ドルしかかからないジェネリック抗レトロウイルス薬を簡単な固定投与方法で提供すると、相当な効果を有することがわかっている。服薬遵守率は貧しい国々のほうが先進工業国よりも高いという研究結果も複数あり、たとえばカメルーンにおける試験投与では遵守率が99%にのぼった⁽⁷⁾。開発途上国としては抗レトロウイルス薬が広く入手可能な数少ない国のひとつであるブラジルでは、エイズ患者の平均生存期間がかつては半年にも満たなかったが、いまでは5年近い⁽⁸⁾。世界銀行は、先進工業国よりも開発途上国のほうがウィルス耐性の問題、および服薬計画が遵守されないといった問題が大きいという証拠はないとしている⁽⁹⁾。

このような努力がうまくいけば、抗レトロウイルス治療は単に患者を生き長らえさせること以上の成果をもたらすだろう。多くの疾病とは異なってHIV／エイズは若年成人層を襲う傾向があり、おとながそれまでの人生を通じて蓄積してきた人生経験、技能、知識、洞察といったいわゆる「人的資本」を無に帰してしまうとともに、世代から世代へと受け継がれる知識を断ち切ってしまう。抗レトロウイルス治療は、肉親の世話をしたりコミュニティに貢献したりする患者の力を再生させ、個

人だけではなく崩壊した家庭も癒してくれるはずである。

国際社会は、この流行性疾患と闘うための努力に200億ドル以上を拠出するという形で、HIV／エイズの被害者に対して前例のないコミットメントを表明した。世界エイズ・結核・マラリア対策基金、世界銀行、ユニセフ、クリントン財団が結んだ画期的協定により、開発途上国は、質の高い治療・検査薬を大幅な割引価格で購入できるようになりつつある。それでも、満たされないままの資金的ニーズは依然として大きく、進展のペースは十分ではない。時計の針が2005年に向けて時を刻み続けるなかで、薬が必要な600万人のうち実際に治療を受けられるのは40万人に留まっている。

抗レトロウイルス薬はエイズの根本的治療法ではない。薬剤耐性、副作用、適切な供給体制の確立は、先進工業国と同様に依然として懸念事項のままである。しかし治療を受けられなければ、500万人を超える人々がほとんどなくして死亡する——それは早すぎる死であり、痛ましい死であり、世界中の家族とコミュニティ、そして人間開発に多大な犠牲をもたらす死である。

例えば、このような世帯が、社会的セーフティネット（安全網）の保護を受けたり、小規模事業のための融資や農業の効率性改善法を含む、貧困削減のための取り組みの対象に含まれるようにすることがあげられる。

- 子どもとその養育者に対して心理社会的カウンセリング、および支援を提供する。
- 養育者の子育て能力をとくに乳幼児期の発達分野で向上させるとともに、コミュニティを中

心とした保育を利用できるようにする。

- 親が遺言を作成し、将来子どもをケアする人を指定しておけるように手助けする。
- 親がより長く、よりよく、いっそうの尊厳を持って生きられるようにする。
- HIV感染の予防に関する知識を含めた、若者のライフスキルを高める。

学校に行って未来を考える：モザンビークでは容易ならざること

セリーナ*は静かな尊厳の持ち主である。頭を高く上げ、髪の毛をきちんとまとめ、大きな目で相手をまっすぐに見据えて話をする。微笑むことはめったにないが、微笑んだときの笑顔はすばらしい。

6人家族が最後に食べたのはもう2日前。だが、セリーナが援助ワーカーからお金をもらって最低限の食品を買いに市場に行こうとすると、おばがパニックに陥った。

12歳のセリーナは、おばのマルガリーダ・アローホと、3歳のいとこ、パウロの世話をしている。他に3人のきょうだいがいるが、その日の午後には家にいなかった。

おばのうつろな目はおびえている。息は速く、顔が苦痛に歪んでいる。やせ衰えたからだは薄汚れたシーツで覆われ、話をする元気もない。泥でできた今にも崩れそうな小屋の前で古いゴザのうえに横たわりながら、ぼうぼうの雑草のなかをセリーナが去っていくのを見送るだけである。

取り乱しているのはおばばかりではない。セリーナの小さなひざに座って

いたパウロも、放り出されて泣きわめいている。

けれどもセリーナに選択の余地はない。食べ物がなければ、家族は生きていくことができないのだ。子どもたちはみんなお腹を空かせているし、マルガリーダは結核などのエイズ関連の疾患と重度の栄養不良で瀕死の状態だ。「結核の薬を5日飲んでないの、お腹が空きすぎてから」と、消え入りそうな声で言うマルガリーダ。「食べ物と一緒に飲まない副作用がひどいから」と付け加えた彼女の頬を、涙が伝って落ちた。

マルガリーダはほんの20歳だが、青春はあまり味わえなかった。15歳のとき、両親の面倒を見るために学校を中退したのである。両親は長いこと病気を患った末に亡くなったと言う。

マルガリーダは結婚していたが、自分の子どもはいない。いっしょに住んでいるのは3人の姉妹の子どもたちだが、姉妹はみんなエイズで死んでしまった。3年前に自分自身もエイズになったとき、夫に棄てられた。

マルガリーダと子どもたちは泥で

きた小さな小屋に住んでいる。幹線道路から徒歩15分のところにあり、草の密生した小道を歩かなければたどり着けない。小屋のなかは暗くて何もなく、雨漏りもする。一家の所有物は、さびた古いポットがいくつかと、数着のぼろ着だけである。

一家のもとには毎週、KEWA（地元言葉チュアボ語で「聴く」という意味）の活動家が訪ねてくる。KEWAは、モザンビーク中部のザンベジア州で活動する、HIV／エイズとともに生きる人々の非営利組織である。HIV／エイズとともに生きる人々のための組織を支援する、ユニセフのプロジェクトの一環である。目的は、ユニセフが優先地域に定めた5州15地区で暮らす、親のいない子どもひとりひとりの権利（教育・保健ケア・出生登録に対する権利等）を確保することである。

KEWAの活動家は、マルガリーダとその家族や、親のいないその他の子どもたちの家庭訪問を行っている。ザンベジア州では2,400人の子どもが対象である。ザンベジアはかつてモザンビークのパンかごとして知られる穀倉地帯だったが、16年間の内戦、社会基盤の崩壊、貧困の広がり、予測できない天

「アフリカ南部の女性・女子とHIV／エイズに関する国連事務総長作業部会」は、2004年の報告書で、養育を担当している高齢女性にとくに負担がかかっている現状を認めた。報告書は、各国政府およびその開発パートナーに対し、このような女性にできるかぎり社会手当その他の経済的支援を提供するよう勧告している⁽²⁰⁾。このためスワジランドは世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対し、孤児や弱い立場に立たされた子どもをケアしている女性に給付金を支給するよう提案した。これに加えて、女性・女子に資産と財産権を保障

することが、HIV／エイズのために彼女たちが直面する経済的困窮に対応する際の鍵である。

候に加えてHIV／エイズの破壊的影響が及んだことにより、ほとんどの人々が最低限の水準での生活を余儀なくされ、他の多くの人々が絶対的貧困に追いやられた。

HIV／エイズの流行はアローホ家のような家族を崖っぷちから追い落とししている。UNAIDSによれば、モザンビークでは2003年現在、15～49歳の年齢層の12.2%がHIV／エイズとともに生きていた。しかし政府の予想では、HIVに感染しているモザンビーク国民の数は2004年の時点で14.9%に達している。マルガリーダのように感染者がエイズを発症すれば、もはや畑を耕す力はなくなり、なけなしの物を売り払って食べ物を手に入れなければならなくなる。HIV／エイズで親の一方または両方を失った子どもはおよそ47万人である。

KEWAの活動家であるアニータ・マルティンホは、ユニセフの支援を得て、親のいない学齢期の子どもたちの多くに州全域で学校教材を配布してきた。セリーナとその兄マルセリーノ（13歳）もその対象に含まれている。最年長の姪、シルビア（14歳）は妊娠して学校をやめた。いまでは生後8カ月の赤ん坊を背負い、生きるために雑用をこな

している。

セリーナは学校をやめたくはない。教育はもとより、世界食糧計画（WFP）が支給する給食を毎日食べることができるのである。兄は別の学校に通っているが、給食は出ない。しかしセリーナは言う。「授業に出られない日もあるわ。おばちゃんの面倒を見ないといけないから。もう病院にも歩いていけないほど悪くなってるの」

セリーナはおばの体を拭き、日々の生活ができるよう手伝っている。水汲みやたき木拾い、それに—運良く料理する食べ物が手に入れば—料理といった家事もこなしている。

セリーナは、将来にどのような希望を持っているのだろうか—彼女の夢は？ セリーナはうつろな目をしてこう答えた。「何も考えてないわ」

*名前はすべて仮名。

この話が最初に発表された2004年3月以降、マルガリーダ・アローホは亡くなり、子どもたちは一時住む場所を失ったが、アニータ・マルティンホに

誘われて彼女といっしょに住むようになった。



エイズで親を失った子どもたちのためのセム・プリンプアンゲオ財団（タイ・チェンマイ）にて。

コミュニティによる対応を促進する

孤児について拡大家族が責任を負えなくなった場合、次の選択肢は地域コミュニティというのが理想である。里親託置や養子縁組は子どもが家族環境に留まれるようにする代替的手段であり、このような選択肢が子ども自身の村や地区内にあれば、最大限の継続性・安定性が確保される。里親家庭は、自発的に子どもを受け入れたか公式の手続きを経て受け入れたかに関わらず、里親としての役割を果たすうえでコミュニティや政府による支援が必要であるし、また、受けられるようにすべきである。

親を失った子どもたちにとって地域コミュニティが力と支えの源になるようにするためには、コミュニティを中心とした対応を動員・強化しなければならない。そのために役立ち得る戦略としては次のようなものがある。

- 弱い立場に立たされた子どもにHIV／エイズがどのような影響を及ぼすかという点について地域の指導者（宗教的権威者、教師、その他の名士など）の意識を高めることで、そうした人々

からの支援を動員し、虐待や搾取のリスクに対抗するよう奨励する。

- コミュニティのなかでHIV／エイズについての対話を推進することにより、迷信を払拭し、無知と闘い、影響を受けている子どもたちのニーズに人々が思いやりを持って対応できるようにする。子どもや青少年は、学校、宗教的集まり、若者クラブでの議論やコミュニティ教育の機会を模索することにより、鍵となる役割を果たすことができる。
- 影響を受けている世帯のための多面的な支援を行う。このような支援としては、家庭訪問、コミュニティ保育プログラム、養育者が休息をとれるような保育などがあり得る。たとえば資金をプールして弱い立場に立たされた世帯を援助するなど、物質的な支援でもよい。
- コミュニティの対応が子どもの年齢・発達段階にふさわしいものとなるようにする。

サービスへのアクセスを向上させる

孤児や弱い立場に立たされた子どもたちは、必要不可欠なサービスをもっとも受けにくいことが多いが、もっとも大きなニーズを抱えるグループのひとつでもある。こうした子どもたちがこれらのサービスにアクセスできるようにするためには、コミュニティから中央政府に至るあらゆるレベルでコミットメントと行動が求められる。鍵となる分野は次のとおりである。

- **学校教育：** 学校は、子どもたちに対する支えと監督、社会化の機会が最初から組み込まれた安全な環境を提供し得る。孤児や弱い立場に立たされた子どもたちができるだけ多く就学・通学できるようにするための最良の方法は、学費を廃止することである。それに加え、制服を買わなくてもいいようにすること、学校給食プログラムを導入すること、HIV感染のリスクを小さくするためにライフスキル教育を受けられるようにすることも、大きな効果を及ぼし得る。
- **心理社会的支援：** 親を失うことはトラウマ（心的外傷）をとこなう経験であり、子どもたちは、たくさんの新たな困難や課題に対処するうえでただちに支援を必要とする。長期的には、子どもの新しい養育者にもそのような支援が必要になる場合もある。

エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちのためのグローバル・キャンペーン

エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもへの保護と援助を大規模に拡大すること、そのために必要なパートナーシップと資源を動員することが緊急に必要とされている。ユニセフ、各国のユニセフ国内委員会、その他のパートナーが主導する「エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちのためのグローバル・キャンペーン」が目指しているのは、孤児と弱い立場に立たされた子どもたちを対象として、2010

年までにさらに1,000万人に教育・栄養・保健ケア・カウンセリングという必要不可欠なサービスを提供し、日用品を提供したり所得創出のためのスキルを教えたりすることである。そのためにはすべての主だったパートナーが協調しなければならない。

このキャンペーンは5つの幅広い基本方針にもとづいている。親を失った0～4歳の子どもに援助を提供すること、親を失った5～18歳の子どもに

援助と支援を提供すること、子どもが世帯主である家庭を支援すること、親の延命を図ること、HIV／エイズから身を守る方法について子どもと若者を教育することである。世界的なキャンペーンではあるが、HIV／エイズの流行にもっとも大きな影響を受けており、かつ対応能力がもっとも弱い地域であるサハラ以南のアフリカに強く焦点を当てている。

- **保健サービス：** HIV／エイズで親を失った子どもは、健康・栄養の両面でいっそう不利な立場に置かれる可能性が高い。したがって、こうした子どもたちが乳幼児期に必要な保健サービス（予防接種、ビタミンA補給、成長観察等）を受けられるようにすることはこのうえなく重要である。思春期の子どもたちにとっては、HIV感染予防と性的健康・リプロダクティブヘルスに焦点を当てた教育と保健サービスがとくに重要となる。HIV陽性の若者の治療も、必要性が高まりつつある課題である。
- **出生登録：** 子どもは全員、権利を否定されることがないように出生時に登録されなければならない。しかしサハラ以南のアフリカでは、2000年の出生登録は3件に1件にも満たなかった。権利を侵害されやすい立場に立たされた子どもたちは、公的サービス・福祉にアクセスできるよう、身元を公的に証明されなければならない。
- **安全な水・衛生設備：** 配管の延長と取水口の新設で、安全な水へのアクセスを向上させることができる。HIV／エイズとともに生きている人々は、皮膚病等の日和見感染症を避けるために清潔な水を必要とする。養育者に対しては、適切な衛生確保手段と食べ物の取り扱いについて、情報が提供されなければならない。安全な水にアクセスできないということは、とくにサハラ以南のアフリカでは、数マイル先にあることも多い井戸まで女性・女子が長時間歩いて水を汲みに行かなければならないということであり、仕事の負担が増えたり安全が脅かされるといった結果を招いている。
- **司法制度：** 強力で独立した法制度を整え、子どもの保護に関わる重要な問題について教育を受けた裁判官を揃えることは、孤児や弱い立場に立たされた子どもたちを虐待・差別・財産喪失から守るうえで重要である。

政府による保護を確保する

子どもたちは主として家庭内でケアを受けるが、子どもの保護と幸福を確保する全般的責任は中央政府にもある。政府は、法律が現行国際基準に一致するようにするとともに、子どもを最大限に保護できるよう、資源を配分し、様々な取り組みを実行するようにしなければならない。司法制度が子どもを保護し、その権利を理解するようにすることは政府の責任である。政府は、緊急対応—家族に迅速かつ効果的な支援を提供することなど—と長期的開発計画との間で緊密な連携をとらなければならない。政策の策定・実施には、HIV／エイズとともに生きている人々の積極的参加を得るべきである。対応しなければならない主な領域には、差別、里親ケア、相続権、虐待、児童労働などがある。

意識を高める

HIV／エイズのことをわかって20年も経つというのに、その影響に対応しようとする努力を阻害する恐怖、無知、否定はいまなおあらゆるレベルで残っている。そのため、エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちは重い犠牲を払い続けている。それは、もっと開かれた、情報の行き届いた社会環境であれば親の死が防げたかもしれないからだけではなく、子どもたち自身が偏見や虐待の対象にされているからでもある。

ブラジル、セネガル、タイ、ウガンダのように、強力な政治的リーダーシップによってHIV／エイズへの開かれた姿勢と広範な対応が推進されてきた国々では、この病気との闘いにおいて注目すべき進展が見

られ、また新たな勢いが生まれてきた。最大の前進が達成されるのは、身を守るために必要なすべての情報と励ましが若者に与えられ、また自分たちを支援するプログラムの計画・実施に若者自身が参加できるようになったときである。

エイズ孤児と、HIV／エイズで弱い立場に立たされた子どもたちを支えるための資源は、近年になって増えつつある。それはとくに、世界エイズ・結核・マラリア対策基金が設置されたこと、米大統領のエイズ救援緊急計画が2004年に開始



練習中のビトリア青年サッカーチームのメンバー（ブラジル・サルバドール）。このチームでは、高いリスクに晒されている少年や青年男子を対象とした補完教育プログラムが実施されている。

されたことなどによるものである。とはいえ、孤児や弱い立場に立たされた子どもたちを対象としたプログラム資金は、このような子どもたちを十分に保護・支援するのに必要な水準には依然として遠く及ばない。

孤児や弱い立場に立たされた子どもたちの権利を守り、そのニーズに対応するという点では、これまでに行われてきたことと、まだこれから行わなければならないこととの間に膨大な隔たりが残っている。たとえば、2003年末の時点で、

HIV／エイズの流行が一般化している国のうち、エイズ孤児や弱い立場に立たされた子どもたちに関する国家的政策を策定し、戦略的意思決定および資源配分の指針としていと報告した国はわずか17カ国のみだった⁽²¹⁾。隔たりを埋めることは可能だが、そのためには、対応することができるすべての主体——政府、ドナー、非政府組織、信仰を基盤とする団体、民間セクター、そしてすでに対応の最前線で奮闘している数千のコミュニティ・グループ——による協調のとれた努力が必要である。

前進への道筋

HIV／エイズは、今日の世界で子ども時代を脅かしている最大の脅威のひとつである。しかし、エイズ孤児や弱い立場に立たされた子どもたちの苦境にどのように対応していけばいいか、という点について、迷う必要はない。国際社会がそれを追求していく政治的・経済的意思を持ちさえすればよいのである。

- 家庭から国内法・国際法に至るまでのあらゆるレベルで、子どものための保護的な環境を強化すること。
- エイズ孤児と、弱い立場に立たされた子どもたちのためのプログラムの支援に必要な資金を拠出すること。いまのところ、このようなプログラムにはHIV／エイズ関連資金のごくわずかな割合しか配分されていない。
- エイズ孤児と、弱い立場に立たされた子どもたちのためのプロジェクトの規模を拡大すること。
- 抗レトロウィルス治療へのアクセスの向上およびHIV／エイズに関する意識啓発によって、おとなの延命を図ること。
- 効果が立証されている技術と取り組みを適用・拡大することによって、子どもたちの新たな感染を予防すること。
- 教育の障壁となっている学費、その他の要因をなくすこと。
- HIV／エイズと相互作用して子ども時代への悪影響を増幅させている貧困および紛争と闘うこと。



HIV／エイズの「若者の顔」

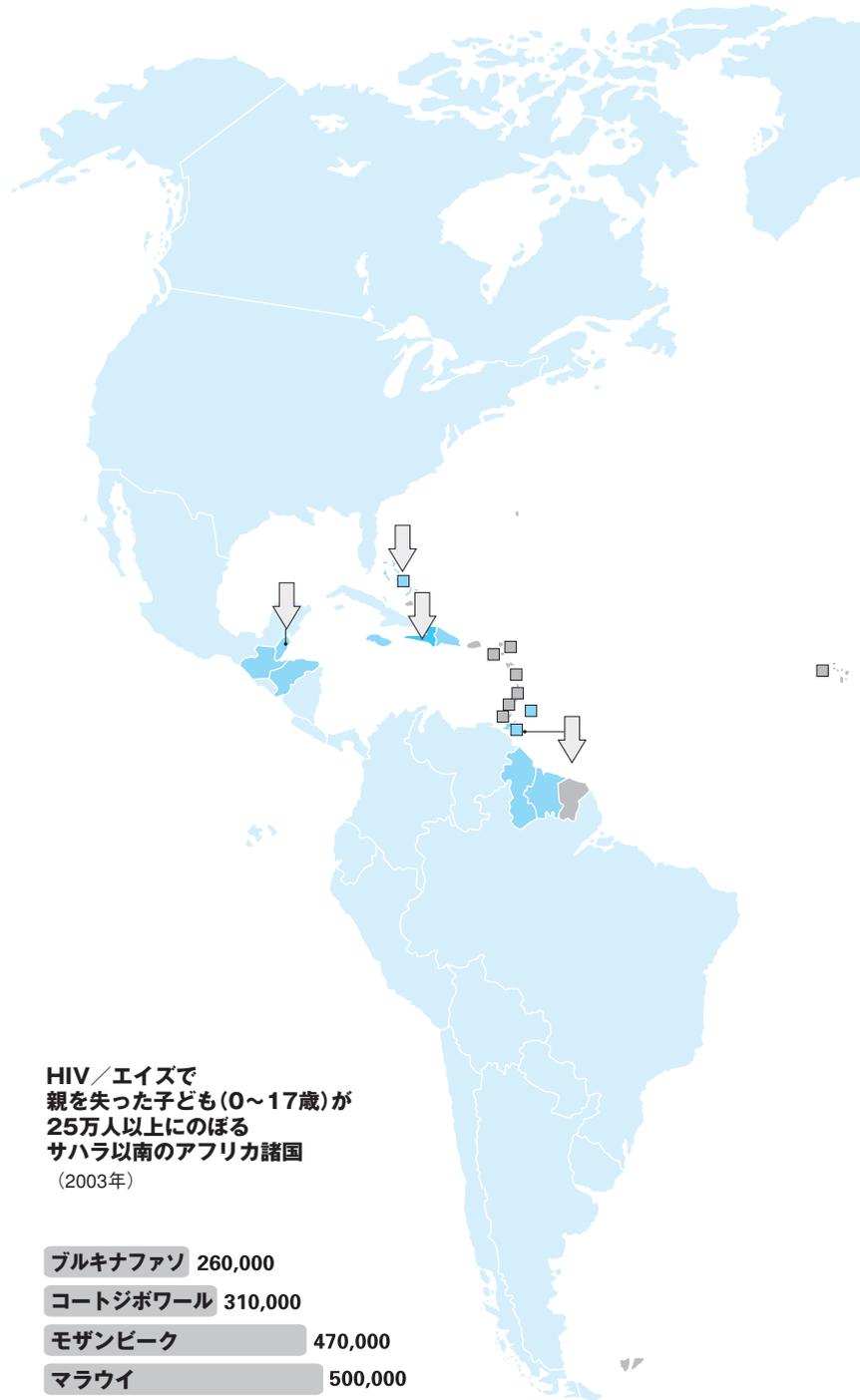
HIV／エイズとともに生きる3,800万人近い人々のほとんどは成人だが、その流行が子ども時代に破壊的な影響を及ぼしていることに対する認識も高まっている。15歳未満ですでにHIVに感染している子どもは200万人を下らない。そして、HIV陽性の乳幼児の50％は2歳になる前に死を迎える。

子ども時代は、HIV／エイズが家庭に侵入してくると同時に危機に晒される。2003年までに1,500万人の子ども—その8割はサハラ以南のアフリカの子ども—がエイズで親を失った。サハラ以南のアフリカで女性の感染率が上昇してきたということは、HIV／エイズで親を失う子どものうち、母親を失う子どもの割合が増えているということである。さらに数え切れないほど多くの子どもたちが親族を、教師を、保健員を奪われてきた。自ら養育者の役割を担うようになった子どもたちも多い。こうした子どもたちは、教育を受けられず、保健サービスにアクセスできず、あるいは搾取・虐待からの保護を受けられなくなる可能性が高まる。

HIV／エイズの影響によって、貧困水準は悪化し、児童労働は増え、平均余命は劇的に短くなった。たとえば、ボツワナでは成人の37％超がHIVに感染している。同国で2003年に生まれた子どもは39歳までしか生きることができないと予想されており、平均余命は1990年の65歳から大幅に下降した。もっとも大きな影響を受けている国々では、すべての子どもの権利であり、おとなが子どもに対して負っている第一の責任である保護的な環境が、HIV／エイズによって消滅しつつあるのである。

地域	平均余命 (2003年)
サハラ以南のアフリカ	46
中東・北アフリカ	67
南アジア	63
東アジア・太平洋	69
ラテンアメリカ・カリブ海	70
CEE/CIS	70
先進工業国	78
開発途上国	62
後発開発途上国	49
世界平均	63

図表制作：Myriad Editions Limited © UNICEF, 2004

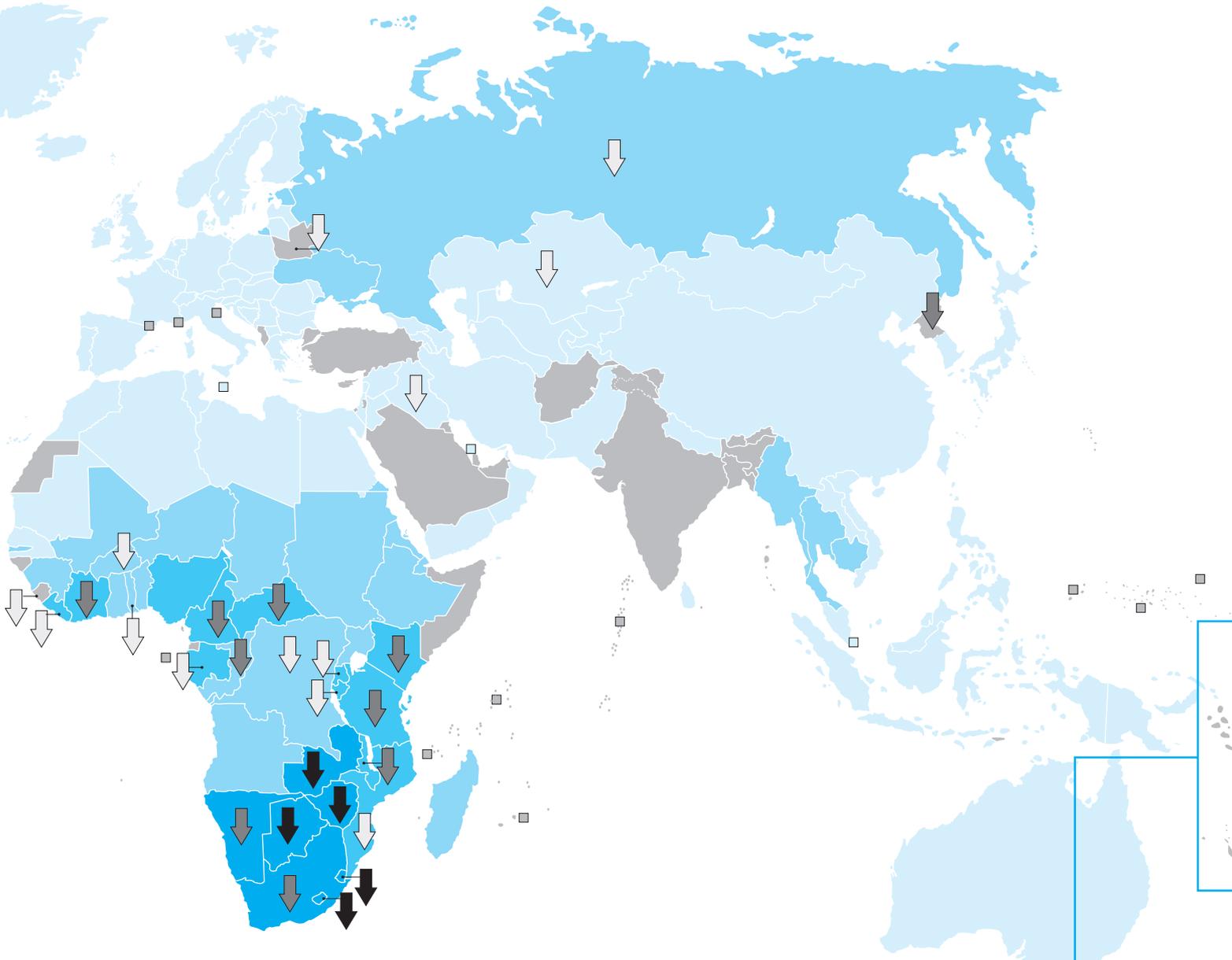


HIV／エイズで親を失った子ども(0～17歳)が25万人以上にのぼるサハラ以南のアフリカ諸国
(2003年)

ブルキナファソ	260,000
コートジボワール	310,000
モザンビーク	470,000
マラウイ	500,000
ザンビア	630,000
ケニア	650,000
エチオピア	720,000
コンゴ民主共和国	770,000
ウガンダ	940,000
ジンバブエ	980,000
タンザニア	980,000
南アフリカ	1,100,000
ナイジェリア	

出典：UNAIDS, UNICEF, USAID, *Children on the Brink* 2004.

さら 危機に晒される子どもたち： HIV／エイズ



**成人(15~49歳)の
HIV／エイズ有病率
(2003年末)**



**平均余命の減少幅
(1990~2003年)**



出典：国連経済社会局／統計部



この地図は、いずれかの国もしくは地域の法的地位またはいずれかの国境の確定に関するユニセフの立場を反映するものではない。

点線は、インドとパキスタンが合意したジャンムー・カシミールのおおよその統治線を表したものである。ジャンムー・カシミールの地位の確定については当事者の合意が得られていない。

1,800,000