

〔報 告〕

地域在宅HIV/AIDS患者・感染者ケア実践のための要件： 南アフリカ共和国クワズールナタール州における 地域在宅ケアプログラムの評価を通して

Factors for practice of community home-based care for HIV/AIDS patients:
through the evaluation of community home-based care in KwaZulu-Natal, South Africa

橋 本 秀 実

【要 約】南アフリカは世界最大のHIV感染者数をもつ国であり、政府はその影響を緩和しようとして地域在宅ケアを進めている。本研究は地域在宅ケアの支援活動を行った際の参与観察に基づき、ボランティアを中心とした地域在宅ケア活動の成果と課題を明らかにすることを目的とする。ボランティアはクライアントと家族の心理的サポートを行い、職員の支援や、他機関との連携で問題の解決を図っていた。HIVの正しい知識を持ったボランティアを養成し、彼らが活動することが、住民へのHIV/AIDSへの啓発となり、差別の解消のための一助となることが期待される。活動を通してボランティア自身がエンパワーされ、さらに活動への意欲を高めていく様子が観察された。日常生活援助は、患者および家族の生活の質の向上に役立っていた。よりよい地域在宅ケアのためには、ボランティアのバーンアウトを予防すること、適時、教育・サポートを行うことが重要である。

【キーワード】HIV/AIDS、南アフリカ、地域在宅ケア、ボランティア

1. はじめに

南アフリカ共和国はアフリカ大陸最南端に位置する面積122万km²、人口約4,740万人の国である。主な産業は農業のほか、金やダイヤモンド等豊富な地下資源による鉱業や食品や製鉄などの工業も盛んである。一人あたり国民総収入 (GNI) は5,390ドル、失業率は25.5%、1日1ドル以下で暮らす人々の比率は11%と報告されている。人種隔離政策「アパルトヘイト」をとっていたが、1991年アパルトヘイト関連法案は廃止され、1994年初の全人種参加型の選挙においてマンデラ大統領が選出された。現在は黒人79%、白人9.6%、カラード (混血) 8.9%、アジア系2.5%の人種構成であり、キリスト教徒が人口の約80%を占めている¹⁾。

UNAIDSは2007年に全世界で3,320万人がヒト免疫不全ウイルス (HIV) に感染しており、そのうち2,250万人がサブサハラアフリカに住んでいると見積

もっている²⁾。南アフリカには570万人のHIV感染者があり、15歳から49歳の成人の感染率は18.1%と推計されている³⁾。本研究の調査地域であるクワズールナタール州は南アフリカ全9州の中で最もHIV感染者が多いといわれている⁴⁾。

HIVの流行に対応して、南アフリカ政府は2000年南アフリカHIV/AIDS/STD戦略計画2000-2005を発表した⁵⁾。これは、1994年の国家AIDS計画1994に続くもので、現在は南アフリカHIV&AIDSとSTI戦略計画2007-2011が実行されている⁶⁾。調査当時の施策である南アフリカHIV/AIDS/STD戦略計画2000-2005の概要は以下のとおりである。

<目 標>

- ・ HIV新感染者数 (特に若年者の) を減らす
- ・ 個人、家族、地域へのHIVの影響を軽減する

< 強調される一般的な戦略 >

- ・効果的で文化的に適切な情報・教育・コミュニケーション (IEC) 方法
- ・自発的なHIVカウンセリングと検査 (VCT) へのアクセスと受容性の拡大
- ・性病 (STD) の管理、日和見感染の治療の向上とSTDとHIV感染を減少させるためのコンドーム使用の奨励
- ・生活の質の向上を図り、入院ケアの必要性を限定するためHIV陽性者と後天性免疫不全症候群 (AIDS) とともに生きる人々のケアと治療を改善

< 戦略計画を構成する4つの領域 >

- ・予防
- ・治療、ケアとサポート
- ・人間と法的権利
- ・モニタリング、リサーチとサーベイランス

また、政府は病院のベッド数の不足、公的部門の保健医療従事者の不足、治療のための資源と薬品不足、入院医療費の高騰などを背景として2001年には在宅・地域ケアのガイドラインを策定し、在宅・地域ケアを推し進めている⁷⁾。以下にその原則と目標を挙げる。

< 在宅ケアと地域ケアの原則 >

- ・ホリスティック：身体的、社会的、感情的、経済的、スピリチュアル
- ・人間中心：プライバシーと尊厳を尊重し文化、宗教、価値観に配慮する
- ・包括的、各部門間協調、すべて包含する：促進、治療、リハビリテーションと緩和
- ・個人、家族、ケア提供者の自律と機能的自立を促進するためエンパワーし、キャパシティビルディングを図る、リーダーシップは地域の中から生じる
- ・包括的サポートサービスへのアクセスの保障
- ・全人生にわたるカバー
- ・持続可能で費用対効果の高い資源の責任を明確にし、分担する
- ・ケアの質、安全、責任、協力と協働を奨励し、確保する
- ・拡大するパートナーの参加を選択し、管理する
- ・多様性を認識する

- ・平等な機会、権利と独立した生活を奨励し守る
- ・なされたニーズと到達を明確にする
- ・基本的で必要不可欠なプライマリヘルスケア (PHC) の要素に焦点を当てる
- ・ヘルスケアと開発の基本的な原則、すなわち地域の参加にのっとる

< 目標 >

- ・受益者へのケア コミュニティの強調へ移行
- ・ケアへのアクセス、機能的な連携システムを通してのフォローアップを保障
- ・非公式、準公式、公式なヘルスシステムにおける包括的なケアプランの統合
- ・家族、コミュニティが自分自身の健康を守るためのエンパワー
- ・適切に的を絞った教育と訓練によるクライアント、ケア提供者、コミュニティのエンパワー

シュナイダーらは⁸⁾、南アフリカには相当数のコミュニティヘルスワーカーが存在しているが、その継続性、評価、専門職者との連携など管理上の課題も多数存在すると述べている。また、スリらは⁹⁾、クワズールナタール州のコミュニティヘルスワーカーはHIV/AIDSと結核への支援の必要性を理解しているがニーズには十分応えられておらず、効果的に対応していくためには根本的な管理の向上と協働が必要であると報告している。しかし、HIV/AIDSの影響を強く受けて、医療費を捻出できない家族、あまりに多くの患者と限られた資源の医療機関という状況下で、残された唯一の実際の人間的な解決策は、専門家と地域とボランティアによるホームベースドケアサービスを開発し、できるだけ長く患者を家庭と地域でケアすることであるとも言われている¹⁰⁾。本稿は、クワズールナタール州の2つの地域プロジェクトから、ボランティアを中心とした地域在宅ケアの成果と課題を明らかにすることを目的とする。

2. 方法

2004年8月から2005年9月まで、市役所保健局HIVユニットにおいて、主にHIV教育担当官の担当するHIVコミュニティプロジェクトを中心に参与観察を行った。参加した活動は、ミーティング、スプーキッチン、

家庭訪問等である。観察の対象は、ボランティア、クライアント及び職員である。

2005年10月から2006年6月まで、上記市役所地域にある国際NGOの支所の地域在宅ケアHIV/AIDSプロジェクトにおいて参与観察を行った。参加したのは、主に再教育訓練、ボランティアや職員のミーティング、ボランティアの健康教育、家庭訪問等である。対象はボランティア、ファシリテータ、プロジェクトコーディネータ、クライアントである。

なお、どちらのプロジェクトにおいても筆者は職員の活動を支援する立場でボランティアのスーパーバイザー的な役割を担って参加し、観察した。本稿においては参与観察および活動の際のフィールドノートをもとに報告する。

<用語の定義>

ファシリテータ：NGOのプロジェクトにおける地区ごとにボランティアを束ねる職員のこと。地区に住み、ボランティアと同様の訓練を受け、NGOから月々の報酬を受け取る。ボランティアの活動のモニタリングとサポートを行うが、自身もクライアントを受け持ち援助を行ったり、健康教育を実施したりする。

ボランティア：市役所、NGOともに自主的にプロジェ

クトに参加する、給料という形で報酬を受け取らない構成員。

クライアント：地域在宅ケアの対象者をいう。

エンパワーメント：力をつけること、あるいは力を獲得すること。フリードマンによると¹¹⁾、生活を営むために必要な力として、心理的・社会的・政治的な力があるという。心理的な力とは個人が潜在力を感じる力、社会的な力は生産の基盤となるものへのアクセスに関わること（情報・知識・技術・社会組織への参加など）、政治的な力とは自らの将来に影響を及ぼすようなさまざまな決定過程に加わることに関わることであり、これらは相互に作用すると述べている。ここでは主に住民が心理的および社会的な力をつけることをエンパワーメントとする。

3. 結果

調査対象である市役所とNGOのHIV/AIDSプロジェクトの概要を表1に示す。また、ボランティアやファシリテータが支援を求めた事例の中から特徴的なものについて取り上げ、その概要とボランティアおよび職員の活動内容を表2に記す。

表1 プロジェクトの概要

| | 市 役 所 | N G O |
|------------------|---|--|
| 地 区 | 28地区(このうち筆者は5グループに関わった) | 5地区 |
| 組 織 概 要 | 保健局がUSAIDの支援を受けプロジェクトを展開 各地区ボランティア10名前後+担当職員(兼任) | プロジェクトコーディネータ1名 各地区にファシリテータ(プロジェクトの職員)1名 各地区ボランティア5-10名 |
| 活 動 内 容 | グループごとに活動内容を決定：HIVワークショップ(学校等)、性的虐待防止教育(幼稚園等)、スूपキッチン(食事の配給)、家庭訪問、ドロップインセンター(居住施設)等 | 地域における健康教育、在宅ケア支援、セルフヘルプグループ組織化・支援 |
| ボランティアの受けるトレーニング | HIV/AIDSピアエデュケーションコース(全員)、幼稚園教育コース(1グループ数名) 以下はグループの活動内容による：在宅ケアコース、キャパシティビルディング(コンピュータスキル)等 | HIV/AIDSコース(全員)、在宅ケアコース(順次)、救急法(順次)、年一回再教育プログラム(全員) |
| ボランティアの業務 | HIV/AIDS教育、 以下はグループにより異なる：スूपキッチンによる食事の援助、家庭訪問による相談・教育・介護支援、ドロップインセンターにおける介護等 | 地域における健康教育、家庭訪問による在宅ケア支援・指導、相談 |
| ボランティアの募集・要件 | 地域(地区の議員)からの推薦、学歴等さまざま | 公募、原則として10年生終了資格(小学校卒のものもいる) |
| 健康教育の内容・場所 | 主に学校におけるHIV/AIDS教育、幼稚園における性的虐待予防教育 | バー、レストラン、人が集まっている家の庭などでSTIと予防について、結核について、健康的な食生活についてなど |
| 家庭訪問の内容 | 主に患者・感染者、家族の相談活動 | 患者・感染者、家族の相談活動、在宅ケアおよびその支援・家族への指導 |
| 家庭訪問のクライアント | HIV/AIDS患者・感染者、エイズ孤児、結核患者、脳卒中・糖尿病・肥満・高血圧等慢性疾患患者とその家族 | HIV/AIDS患者・感染者、エイズ孤児、結核患者、脳卒中・糖尿病・肥満・高血圧等慢性疾患患者とその家族 |
| モニタリングとスーパーバイズ | 市役所職員との月一回のミーティング | ボランティアの週報をファシリテータが集計(月報) 各地区においてファシリテータとボランティアが週一回ミーティング NGO事務所においてコーディネータとファシリテータが週一回ミーティング |
| 報 酬 | 月4回のHIVワークショップと幼児教育プログラムに関してグループに手当てが出るものをグループ内で分配 | 国からの手当て(人数の制限がありもらえないものがある) |
| 心理面のサポート | 市役所職員との月一回のミーティング | 週一回のミーティング、年一回再教育コース、年一回州の事務所合同のレクリエーション、年一回国内の事務所の大会 |
| ドロップアウト | ミーティングに欠席するもの2-4名程度(理由は不明) 仕事を見つけると脱退 | 国からの手当てをもらえないものが脱退 仕事を見つけると脱退 病気のため欠席のものがあるが欠席の連絡はあり |

表2 ボランティアの活動とボランティアおよびクライアントが受けるサポートおよびその結果

| ケース | プロジェクト | 年齢/性別/ 家族構成 | 疾病/症状/受療状況 | 社会・経済状況 |
|-----|--------|--|--|--|
| 1 | 市役所 | 20代女性 5歳の娘、小学生の甥と姪の4人暮らし | 母子ともにHIV陽性 両者とも咳が止まらない 近所の診療所で薬をもらい予防薬服用（無料） 子どもは小児HIVの病院を紹介されたが交通費がない | 同居していたボーイフレンドは一月前に仕事を探しに出て行くと行ったきり連絡がない 母は身寄りはなく、親戚も近くにはいない 児童手当や要介護者手当の制度は知っているがどうしたらよいかわからない |
| 2 | 市役所 | 60代女性 妹夫婦、孫二人と同居（母屋とは離れた小屋に住む） | HIV陽性（下痢、嘔吐、倦怠感、全身搔痒感、咳） 病院受診し、予防薬服用中 医師の診察を受けているが専門家による心理カウンセリング等の支援は受けていない | 町を離れて仕事をしている娘の送金と年金で生活していたが娘が近々結婚するので収入が減る 妹夫婦がエイズがうつると孫に近寄らせてくれない、家事もさせてくれない |
| 3 | NGO | 30代男性 母、姉と姉の家族と同居 | HIV陽性 予防薬内服中 普段は寝たり起きたりしているが時々下痢や発熱で寝込む | 姉の夫が働いており、収入はある |
| 4 | NGO | 20代男性 昨年同居の女性が亡くなって以来独居 母は車で5、6時間離れた村に住む | HIV陽性 衰弱のため室内歩行も困難、腋下と臀部に膿瘍あり 抗HIV療法のため病院を紹介されたが経済的理由と歩行困難のため治療中断 | 以前は時々働いていたが今は働けず収入はない、家の中に食べ物らしきものもない、一間の屋根や壁に穴のあいた家に鍵をかけてほとんど人と接することなく暮らす |
| 5 | NGO | 独居男性 | 薬剤耐性結核 衰弱のため室外歩行困難 注射のため数キロ離れた丘の上の診療所へ通院していたが歩行困難で交通費もなく治療中断 | 無職 半壊の家は大家からは立ち退きの催促あり 家にある食べ物はボランティアが運んだインスタントのポリッジ（おかゆ状の穀物）のみ |

*介入前とはボランティア（ケース4はファシリテータ）が支援を受ける前

**ボランティアが支援を求めた理由

どのケースにおいても活動の結果がよい方向へ進んだとき、ボランティアやファシリテータは自分のことのように喜びを表し、自信をつけている様子を見せた。ケース1においては、筆者との家庭訪問の後、ボランティアは身分証明書（ID）の取得に向けての活動を開始したことを誇らしげに報告した。ケース2においては、現地語のパンフレットを渡したあとの妹との話し合いの予定についてボランティアは意欲的に筆者に話した。ケース3では、清拭の後、家族がボランティアに感謝の意を表したとき大変うれしそうであり、また、誇らしげであった。その際、清拭について、筆者に、「ただ行うだけでなく、ケアギバーである家族に指導すること、家族にわかるように説明しながら行うことが大事なんだ」と熱心に説明した。また、ケース

4、5については次のような言葉が聞かれた。

ヒデミ、わたしたちの夢がようやく叶ったよ！
がいよいよ抗エイズ薬治療を受けられるんだよ！！

- ケース4のファシリテータ -

ありがとう、これで彼は当分住むところにも食べることに当分困らないよ。

- ケース5のボランティア -

また、ボランティアは、スーパーバイズを受け、活動の方向性を見出すと、自主的に活動することが観察された。ケース1では、ID取得の方法のアドバイスを受けるとすぐにクライアントの支援を開始した。パンフレットを手に入れた後、すぐに訪問してそれを渡し、指導を計画しているケース2のボランティアもそ

| ボランティアの支援内容 (介入前) * | ボランティアの問題意識** | ボランティア/ケースの受けた支援 (今回の介入) | 結果/ボランティアの反応 |
|------------------------------------|------------------------------|--|---|
| 家庭訪問によりケースの心理的サポート | 受診のための経済的問題の解決 | 児童手当・要介護者手当での申請方法について それに必要な身分証明書 (ID) 取得方法についてのアドバイス | ID取得に向けて関係機関との連携中 ボランティアは積極的にID獲得のために関係機関との調整を始め、誇らしげに経過を報告 |
| 家庭訪問によりケースの心理的サポート | 要介護者手当での申請について 家庭内での差別の解消 | 必要な書類と手続き方法についてのアドバイス 現地語によるパンフレットによる妹夫婦との話し合いのきっかけ作りのアドバイス | 手当の申請について本人がCD 4 検査について医師に依頼 妹との関係調整ではボランティアがパンフレットを妹に渡し、読んでもらうよう依頼、以後機会を見つけて話し合いを持つ予定であることを報告、アドバイスを喜んで受け入れやる気を持って活動をしている様子 |
| 家庭訪問によりケースおよび家族の心理的サポート、介護支援、指導 | 清拭の指導の評価 | ボランティアは家族に説明しながら清拭を実施 手際よく実施し、説明も適切であった 清拭の際のプラスチック手袋の着用について患者の心理を配慮した説明ができていた | 家族はボランティアにいろいろ相談できるし、ケアも手伝ってもらえるので心強いと話す それを聞いてボランティアはとてもうれしそうな様子を見せていた |
| 近所から紹介され訪問したが拒否された | 支援の受け入れ、物資 | 支援受け入れのための説得 食料や寝具、衣類等の配給 膿瘍の消毒、水汲み、部屋の掃除、受診助、抗エイズ薬治療の教育コースへの参加 (サポーターとして) 母親への連絡 | ゆっくりとなら独歩可能となり 3 日間の教育コースを終了し抗HIV療法を受けられることになった クライアントの表情が明るくなった 母親は経済的な問題等もあり、すぐには引き取れないと言ったものの、米など食料を持って会いに来た ファシリテータはクライアントの支援を自分の家族に行うように親身になって行っており、健康状態の回復や治療の進展を自分のことのように喜んでいて また、クライアントの経過をミーティングの中で毎回誇らしげに報告した |
| 近所から紹介され訪問を開始、水汲み、食事の援助、近所への食事提供依頼 | 受診のための経済的問題の解決 | 食料の提供 すぐ近くの近所の診療所への受診アドバイス 診療所の紹介のための連携 | 筆者がボランティアと行く計画を立てていたにもかかわらずボランティアがすぐに診療所と連携、丘の上の診療所からの紹介状があれば見てもらえるとの情報を得てきた 紹介状をもらうため以前の主治医への受診介助をし、入院となった ボランティアは入院できたことをとても喜んでいて |

うである。ケース5ではボランティアは近い診療所への受診の可能性についての示唆を受けてすぐに、筆者の同行を待たず、自ら近い診療所へ赴き、診療所の看護師と調整を始めた。

4. 考察

(1) ボランティアによる地域在宅ケアの成果

プロジェクトの性格や教育・支援体制に差があるため、2つの機関が行う地域在宅ケアの内容はかなり異なる。しかしながら、そのどちらにおいても、クライアントならびに家族の心理的サポートを行い、地域の他機関との連携を図ることでクライアントの問題の解決を図っていた。さらに、HIVについて正しい知識を持ったボランティアを養成し、彼らが地域で活動する

ことが、地域住民へのHIV/AIDSへの啓発となり、差別の解消のための一助となることが期待される。また、地域住民への支援活動を通してボランティア自身がエンパワーされ、さらに活動へのモチベーションを高めていく様子も観察された。NGOの家庭訪問においては日常生活援助を行う場面が多く観察され、家族の負担の軽減、あるいは患者、感染者の生活の質の向上に役立っていた。以下に政府の地域在宅ケアの目標に沿って考察する。

受益者へのケア

< 心理的サポート >

クライアントおよびその家族にとって、家を訪ね、話し相手になってくれるボランティアの存在は大きな

ものであった。それはケース1や2において、家庭訪問に同行する筆者に対する態度、その際に心を開いてボランティアに対して相談する姿のみならず、当初拒否したにもかかわらず、訪問を受け入れるようになって格段に明るい表情をみせたケース4からも観察された。ディレイらは¹²⁾、HIV感染者はキューブラ・ロスの述べた悲哀の5段階 否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容 のすべてを経験すると述べている。また、感染者は感情の変動をローラーコースターにたとえているという。さらに、周囲からの拒絶への恐れもあり、この恐れは心理的にも社会的にも大きな影響を及ぼすと述べている。いまだに根強い差別と偏見から、患者・感染者および家族は地域から時には家族からさえ孤立しがちであり、HIV患者・感染者は心理的サポートを必要としている。ケース2では家族から差別を受け悩んでいるもののその悩みをかかえたまま公的なカウンセリング等の支援を受けていない。また、ケース4や5のように、病気や経済的な理由から治療を中断し、独居で周囲との交流も途絶えがちなクライアントにとって、ボランティアの訪問が非常に大きな心理的サポートになっていることは明らかである。

<日常生活援助>

在宅ケアのトレーニングに力を入れているNGOの活動においては、清拭や傷の消毒などのケア、水汲みや食事の世話、更衣や寝具の交換などの日常生活援助が行われ、家族の日常の介護者およびクライアント本人の負担の軽減が図られていた。ケース3のように家族に対してケアの方法の指導が行われることで、クライアントはよりよい介護が受けられ、家族も安心感、満足感が得られる。また、独居でほとんど介護者のいないケース4、5においては、ボランティアおよびファミリーータはまさに、生死に関わるほどの窮地における命綱となっていた。公的な支援システムによる最低限の生活の保障がない中で、ボランティアの行うケア活動は、それを補って地域住民の命と健康を守る砦となっている。ボランティアは自分自身の活動が役に立っていることをクライアントや家族、また、職員らからのフィードバックを受けて感じ、自信と自己効力感を強めていき、それが次の活動へのモチベーションにつながっていくと考えられる。

ケアへのアクセス、機能的なリフェラルシステムを

通してのフォローアップの保障

HIV/AIDS患者・感染者は経済・社会・医療的な問題を数多く抱えており、ボランティアのできることには限りがある。ケースのほとんどは関係機関との連携を図ることで問題の解決が図られるにもかかわらず、ケース1のように、クライアントが利用可能な社会資源を知らなかったり、ケース2のようにそのアクセス方法を知らなかったりする。ボランティアたちが常に適切な社会資源を知り、それにアクセスする方法をアドバイスできるとは限らないが、少なくとも上記のケースのように彼らがスーパーバイザーに相談を持ちかけ、適切なサポートが得られれば、クライアントのニーズにこたえることができる。

ケース4、5のように医療機関にアクセスできない身体的、経済的問題を抱えていることもある。これらのケースにおいてもボランティア自身では解決が困難であったがスーパーバイザーの介入で解決が図られた。このように地域の関係機関との連携はクライアントおよび家族単独では解決困難な問題もボランティアとプロジェクトの支援を受けることで解決することができる。

非公式・準公式・公式なヘルスシステムにおける包括的なケアプランの統合

ケース3に見られるように、クライアントが公式なヘルスシステムに組み入れられ、専門家の支援のもとにうまくシステムが機能すれば、ボランティアはその下で支援をすることが可能であり、比較的その活動は容易になる。また、ケースが公式なヘルスシステムにアクセスできないケース1、2、4、5のような場合、プロジェクトでは、そこへ組み込むための働きかけを行い、必要な医療・社会保障が受け入れられるような活動を行っている。つまり、プロジェクトの活動は、公式なヘルスシステムを補完し、そこへアクセスできない人々を公的なシステムに組み入れる働きをしているといえる。しかしながら、ケアプランの統合という視点では、誰がケースのケアプランを主体となって立案し、それをどう共有していくかという課題は残る。

家族、コミュニティが自分自身の健康を守るためのエンパワー

どちらのプロジェクトにおいても地域の健康教育を

活動内容に入れて、ピアエデュケーションを行っていた。この直接の健康教育活動が健康的な生活習慣やHIV/AIDS、性感染症についての啓発活動につながることはもちろんであるが、ボランティアとしてHIV/AIDSやエイズ孤児に関わる彼らの姿それ自体がHIV/AIDSに対する差別や偏見を軽減させる地域への啓発につながると考えられる。また、彼ら自身がHIV/AIDSに関するトレーニングを受け、正しい知識を得ることは、間接的に彼らの周りの家族や知人にそれが伝えられることにもつながる。これこそがまさにボランティアやコミュニティの社会的なエンパワーメントである。

適切に的を絞った教育と訓練による、クライアント、ケア提供者、コミュニティのエンパワー

ボランティアたちはプロジェクトに参加することでトレーニングを無料で受けることができ、HIV/AIDS、性感染症に関することはもちろん、関係機関をはじめとする社会資源やそのアクセス方法などについての情報を得ることができる。活動を通じて患者・感染者とその家族をはじめ、地域の住民、関係機関の職員などさまざまな人々と接することも多い。ボランティアの多くはそれまで主婦であったり、無職であったりするが、ボランティアとして地域社会と関わり、人の役に立つ喜びを感じている。それは、クライアントの問題解決を我がことのように喜び声からも明らかである。また、そのことが達成感、自己効力感を高め、さらに活動への意欲を増していくと考えられる。つまり、これらの活動がボランティア自身をエンパワーしていると考えられる。また、ケース3のように適切な教育・訓練を受け、日常生活援助を行うだけでなく、家族に指導することができるボランティアからケア・サポートが受けられることにより、クライアントとその家族が心理的にも身体的にも安定、安楽を得ることができ、正しい知識も得て、病気に立ち向かうエネルギーを得ることができる。このように、ボランティア、クライアント及びその家族が力を得ていくことが、ひいては地域全体へのエンパワーメントにつながると考えられる。

(2) ボランティアによる地域在宅ケアの課題

以上のように、この2つのプロジェクトは、政府の

目指す地域在宅ケアの目標がボランティアを中心とした支援で達成可能であるということを示している。しかしながら、ボランティアによる地域在宅ケアにはあくまでボランティア活動であるという限界はある。ボランティアである以上、ボランティア自身の自主的参加が前提であり、活動の中断を止めることはできない。ボランティアのストレスを防ぎバーンアウトを予防することや適時教育・サポートを行うことが重要である。

ボランティアのストレスとバーンアウト

在宅ケアのもっとも大きな障害のひとつは、疲労とバーンアウトによるケア提供者の中断であるといわれる¹³⁾。実際にどちらのプロジェクトにおいてもボランティアの活動中断はあった。もっとも、成人のHIV感染率が18.1%と見積もられているような流行下では、ボランティアのHIV感染者も少なくなく、ボランティア自身の病気による活動中断も無視できない¹⁴⁾。田尾らは¹⁵⁾、ストレスの一般モデルを示し、ストレッサとストレンの間にモデレータが仲介し、調整要因として働くとした。そして、このモデレータは個人差、コーピング、社会的支持などであると述べている。ケア提供者へのケアはHIVの対策においても重要なもので、自分自身の保持と感情的な生存においてはケア提供者が自分自身を守ることが大切であり、また、雇い主は彼らをしてできる限りサポートしなければならないといわれている¹⁶⁾。両プロジェクトを比較すると、ミーティングの回数や職員とボランティアの間の距離（心理的および物理的 地区外から来たエリートである市役所職員とボランティア、地区内に住むファシリテータとボランティア）が、ボランティアのストレスの軽減に大きく影響していたのではないかと考えられる。ミーティングの回数の差はスーパーバイザーとの関係だけでなく、ボランティア同士の交流の密度、グループサポートの質にも関係すると思われる。それが活動に無断欠席の見られる市役所と欠席の際の理由が明らかであるNGOのプロジェクトの差となって現れたのではないだろうか。NGOのプロジェクトにおいては年一回のレクリエーションや国内のボランティアの大会などボランティアのストレスの軽減やモチベーションの維持のための工夫がなされていたことも重要なポイントであろう。地域在宅ケアプロジェクトの担い手はボランティアである。ボランティアのストレスを軽減し、

バーンアウトを防ぐためのケアは大変重要であり、プロジェクトを成功に導くための大きな課題であると考えられる。

継続的な教育とサポート

在宅ケアはケア提供者がよく訓練され、継続したサポート、アドバイス、指導と管理が得られる場合のみ成功するといわれている¹⁷⁾。25.5%という高い失業率を背景に両プロジェクトともボランティアを確保するのはそれほど困難ではないようであった。実際に、ボランティアになりたいという問い合わせを筆者は何回も受けた。この状況においては、無料で訓練が受けられ、履歴書にボランティア経験、あるいは社会貢献として記入できるという動機でボランティアになった者が職を得てボランティアを中断するのはやむをえないことであるし、むしろ、住民のエンパワーメントに役立ったといわなければならないのかもしれない。しかしながら、人の役に立ちたいという志をもって応募したボランティアがやりがいを持って継続できるサポートシステムを機能させるためには、やはり、適切な時期、回数のグループミーティングによるグループサポート、スーパーバイザーによる心理的サポートおよびアドバイスが必要であると考えられる。NGOのプロジェクトのように年一回の再教育の機会があるとボランティアは常に新しい知識を得ることができる。

調査期間中筆者がスーパーバイザーとしての役割の一端を担ったことでボランティアは積極的に筆者の支援を依頼し、その問題が解決に向かったとき、我がことのように喜び感謝したことからも適切な時期に適切な支援が得られ、問題が解決に近づくともボランティアは達成感、自己効力感を持つことがわかる。これらの経験を経て、次の困難ケースに当たったとき、自分で解決する、あるいはグループ内でアドバイスし合えるようになり、さらにケア提供者としての力量を増し、達成感、自己有効感を高めることができると考えられる。つまり、ボランティア自身のエンパワーが図られるということである。しかしながら、ボランティアたちは本来ならば筆者ではなく、筆者のカウンターパートである市役所職員やファシリテーターあるいはプロジェクトコーディネーターに支援を依頼すべきではなかったかと考える。つまり、筆者はこれらのプロジェクトにおいてスーパーバイザーであるこれら職員の補完的役

割を果たしていたのである。一時的な支援者である筆者の支援がなくてもボランティア（ファシリテーター）への継続的な教育と適切なサポートが行われることがボランティアの継続やプロジェクトの円滑な運営、成功にとって望ましい姿であろう。

6. おわりに

ボランティアの行う地域在宅ケアは、限られた資源のもとで、地域のHIV/AIDS患者・感染者および家族にとって大きな力となる存在である。ボランティアがスーパーバイザーから適切な支援を得ることができ、円滑に地域関係機関と連携をとることができると、クライアントの問題を解決する方向へ導くことができる。この活動は患者・感染者および家族のみならず、ボランティア自身、ひいてはコミュニティをもエンパワーメントしているということができよう。

しかしながら、ボランティア活動の限界も示唆された。地域在宅ケアの効果的な運営のためにはその活動の核となるボランティアのストレスやバーンアウトによるドロップアウトを防ぐための心理的サポートや適切な教育・訓練の充実が必要である。

謝 辞

この貴重な経験を支えてくださいましたJICA南アフリカ事務所、受け入れ先の市役所、NGOの皆様にご心からお礼を申し上げます。

なお、この内容の一部は第11回国際看護研究会学術集会において発表したものである。

【文 献】

- 1) 外務省：各国地域情勢 南アフリカ，2008.10.13，
http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/s_africa/data.html
- 2) UNAIDS：AIDS Epidemic Update 2007，2008.10.13，
http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf
- 3) WHO：Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Core data on epidemiology and response South Africa，2008.10.19，
http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_ZA.pdf

- 4) Dorrington R E, Johnson L F, Bradshaw D and Daniel T. : The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa. National and Provincial Indicators for 2006. 2008.9.15,
<http://www.mrc.ac.za/bod/DemographicImpactHIVIndicators.pdf>
- 5) South Africa Department of Health : HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005, 2008.9.14,
<http://www.doh.gov.za/reports-f.html>
- 6) South Africa Department of Health : HIV&AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011, 2008.9.14,
<http://www.info.gov.za/otherdocs/2007/aidsplan2007/conclusions.pdf>
- 7) South Africa Department of Health : National Guideline on Home-Based Care/ Community-Based Care, 2008.9.14,
<http://www.doh.gov.za/search/index.html>
- 8) Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D. : Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa : tensions and prospects, Health Policy Plan, 23(3), P.197-187, 2008.
- 9) Suri A, Gan K, Carpenter S : Voices from the field : Voices from the field : perspectives from community health workers on health care delivery in rural Kwazul-Natal, South Africa, Journal of Infectious Disease, 196, Suppl3, P. 505-511, 2007.
- 10) Alta van Dyk : HIVAids Care and Counselling, A multidisciplinary approach, P. 262, Pearson Education South Africa, Cape Town, 2005.
- 11) ジョン・フリードマン著, 斉藤千宏・雨森孝悦監訳 : 市民・政府・NGO-「力の剥奪」からエンパワメントへ, 新評論, 東京, 1996.
- 12) J.W.Dilley, C. Pies, M. Helquist編, 矢永由里子訳 : AHPカウンセリング・ガイド, P. 19, HBJ出版局, 東京, 1994.
- 13) 前掲書 10), P. 262.
- 14) WHO : Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Core data on epidemiology and response South Africa, 2008.10.19,
http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_ZA.pdf
- 15) 田尾雅夫, 久保真人 : パーンアウトの理論と実際, 心理学的アプローチ, P. 16 - 18, 誠信書房, 1996.
- 16) 前掲書 10), P. 327.
- 17) 前掲書 10), P. 262.