

ボツワナ・南アフリカ -- エイズ治療規模拡大への課題 (特集 エイズ政策の転換とアフリカ諸国の現状)

著者	牧野 久美子
権利	Copyrights 日本貿易振興機構 (ジェトロ) アジア経済研究所 / Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization (IDE-JETRO) http://www.ide.go.jp
雑誌名	アジ研ワールド・トレンド
巻	118
ページ	18-21
発行年	2005-07
出版者	日本貿易振興機構アジア経済研究所
URL	http://hdl.handle.net/2344/00005668

ボツワナ・南アフリカーエイズ治療規模拡大への課題

牧野久美子

ボツワナと南アフリカは、アフリカのなかでも最もエイズの影響が強い南部アフリカ地域に位置する。ボツワナの成人HIV感染率はスワジランドに次いで世界で二番目に高く、南アフリカは、感染者数こそボツワナより低いものの、国内の感染者数は世界で最も多いとされる(表1)。両国とも鉱産資源に恵まれ、アフリカ諸国のなかでは比較的豊かな国であるが、極端な貧富の差が存在すること、また都市化や出稼ぎなどによる激しい人口移動が、この地域でとくにHIV感染が拡大してきた背景にあるとしばしば指摘される。

感染拡大の背景には類似点が多いボツワナと南アフリカであるが、それへの対応においては、とくに母子感染予防やHIV感染者の治療(エイズ発症の抑制)に用いられる抗レトロウイルス薬(ARV)導入への道のりにおいて、際立った相違が見られる。ボツワナ政府は、開発パートナーの全面的なバックアップを得て、他のアフリカ諸国に先駆けて二〇〇一年に公的セクターにおける抗レトロウイルス薬療法(ART)実施を決めた。それに対し南アフリカ

では、もともと比較的保健インフラが整っているにもかかわらず、母子感染予防プログラムやARTプログラムの公的セクターでの導入が遅れることになった。私立の医療機関が発達している南アフリカでは、その間、経済的に余裕のある一部のHIV感染者は私費でARTを受けて生きながらえる一方、公的な医療機関に頼る多くの貧しい感染者はHIV感染の事実を「死刑宣告」と受け止めるしかないという状況が生じてきた。このような治療格差は、誰もが必要な治療を受けられるようになることを求める「治療行動キャンペーン」(TAC)という社会運動を生み、エイズ対策が大きな政治的争点になった末、ようやく昨年かから公的セクターでのARTが始まった。

●ボツワナのエイズ対策

ボツワナで初めてのエイズ症例が報告されたのは一九八五年のことである。一九八九〜九三年の「第一次中期計画」の頃までは、エイズは保健政策の枠組みのなかで取り扱われていた。一九九七〜二〇〇二年の「第二次中期計画」のもとで、エイズ対策

は保健政策の一部から、マルチ・セクターで取り組むべき国家的政策と位置づけられ、各セクターの代表から構成される「国家エイズ評議会」(NAC)がエイズ対策に関する政府の最高諮問機関として、様々なプログラムの調整やモニタリング・評価にあたることになった。

しかし、ボツワナのHIV感染率は上昇しつづけ、二〇〇〇年にモハエ大統領はエイズを国家非常事態と宣言し、自らNACの議長に就任するとともに、アフリカの国としては初めて、公的セクターでARTを無料で提供することを決めた。この計画は、マサ・プログラム(「マサ」はツワナ語で「夜明け」の意)と名付けられ、ボツワナ政府の発表によれば、民間部門でARTを受けている人々を含めると、ボツワナ国内でARTを受けている人数は、二〇〇四年六月現在で約二万四〇〇〇人である。

「第二次中期計画」に代わって、現在は二〇〇三〜〇九年の「HIV/AIDS国家戦略枠組み」がボツワナのエイズ対策の基本文書となっている。これは、公的セクターでのARTが始まった段階で採択され

た文書であるが、最優先課題はあくまでも HIV の新規感染予防であることが明記されている。

次に見る南アフリカの場合と比較して、ボツワナ政府のエイズへの取り組みで特徴的なのは、国外（とくにアメリカ合衆国）の援助・研究機関や製薬企業の関与が、計画作成から実施に至るあらゆる局面で目立つことである。とくに、製薬会社メルクとビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団がそれぞれ五〇〇万ドルずつ拠出している「アフリカ包括的 HIV/AIDS パートナーシップ」(ACHAP) は、エイズ対策の策定・実施全般にわたって大きな存在感を示している。このほか、自発的カウンセリング・検査(VCT) センターの運営・啓発、調査研究などを実施している米国疾病管理センター(CDC) や、エイズ治療の拠点となっているハボロネのプリンセス・マリーナ病院内にボツワナ随一の検査ラボを持つハーバード・エイズ研究所も、ボツワナのエイズ対策において重要な役割を果たしている。一方、国内 NGO の活動は限定的であり、南アフリカに比べるとその存在感は薄い。

エイズ対策における最近の動きとしては、二〇〇四年から導入された HIV 検査のルーチン化が注目される。これは、人々が自発的に HIV 検査に赴くのを待たず、身体の不調を抱えてクリニックや病院を訪れた人々に、HIV 感染の疑いありと判断され

る場合には医師が HIV 検査を促すという仕組みで、感染者の多くが感染の事実を知らないことが、ART 規模拡大への最大の障害となっているという認識に基づくものである。従来の VCT サービスの「自発的オプト・イン」(検査を受けた人と自発的に申し出る人を検査する) から「ルーチンのオプト・アウト」(検査を受けたくないと言ふ人を除外する) へと転換するもので、病院等で行われる他の検査と同じような扱いをすることによって、エイズにまつわるステイグマを軽減する効果もあると言われる。しかし、ルーチン検査の導入後、本人の知らない間に検査され、陽性結果をいきなり知らされて心の傷を負った例も報告されており、十分な説明やカウンセリングを伴わないルーチン検査への慎重論もある。

●南アフリカのエイズ対策

ボツワナのエイズ対策が、予防・啓発から治療を含めた包括的アプローチへ、また保健問題としての取り組みからマルチ・セクターでの取り組みへと、世界的なトレンドをなぞるような形で進展してきたのに対し、南アフリカのエイズ対策の道のりは、平坦とはほど遠いものとなっている。

その一つの理由は、南アフリカで HIV 感染拡大が民主体制への移行と同時期に生じたというタイミングの悪さに求められる。そこには、体制移行の難事をなすのに忙しく、単に手が回らなかったというだけでは

なく、アパルトヘイト体制下にあった南アフリカ独特の人種問題も絡んでいた。というのも、南アフリカのエイズ対策の初期段階では、他の多くの国々と同様、HIV 感染予防のためのコンドーム使用が強調されたが、白人政権によって唱道されたとなん多くのアフリカ人は、これを自分たちに子どもをつくらせないための政治的戦略ではないかと、不信感を抱くことになったのである。アフリカ人の数的優位を脅威と感じていたアパルトヘイト政権は、白人に対しては手厚い養育手当を支給したり子どもが多い世帯を税制面で優遇したりして出産を奨励し、いっぽうでアフリカ人に対しては避妊を奨励したという経緯があったことを考えれば、このような不信感が生まれるのも仕方ないことかもしれない。

アフリカ民族会議(ANC) が政権についた一九九四年以降も、エイズ対策は数々のスキャンダルにまみれてきた。最初に起きたのが「サラフィナ II」スキャンダルである。これは、エイズ対策を監督する保健省が一九九五年に、正規の入札手続きを経ないまま、エイズ啓発ミュージカルの製作を発注した事件で、エイズ対策予算の不適切な使用として批判を浴びた。一九九七年には、一部の研究者の進言に基づいて、ヴイロインという化学物質をエイズ治療薬として用いる方針が閣議決定されたが、ヴイロインには治療薬としての効果がないばかりか、その安全性に問題があることが

表1 ボツワナ・南アフリカの HIV 感染拡大の状況

	ボツワナ	南アフリカ
成人(15～49歳)HIV感染率(2003年末)	37.3%	21.5%
総人口	177万人	4,480万人
HIV感染者数(2003年末)	35万人	530万人
うち成人女性	19万人	290万人
うち子ども(0～14歳)	2万5,000人	23万人
エイズによる死者数(2003年)	3万3,000人	37万人
エイズによる遺児(0～17歳)	12万人	110万人

(出所) 2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report, Geneva: UNAIDS および World Health Report 2004, Geneva: WHO より筆者作成。

のちに判明した。

さらに一九九八年には、ウイルスロインでの勇み足とは対照的に、国際的に効果を認められたARVによる母子感染予防プログラムの実施しないという政府方針が示された。このとき理由として挙げられたのは主に費用の問題であったが、一九九九年にマデラに代わりムベキが大統領になると、エイズの原因をめぐる論争が絡んできて、議論の様相は奇妙なものとなっていった。たとえば、ムベキ大統領は「大統領エイズ諮問パネル」を設置して、HIVとエイズは無関係である(従ってHIVの増殖を抑えるARVはエイズに対して無力で、副作用があるだけ危険である)と考える非主流派の科学者たちを招待し、HIVがエイズの原因であると考える主流派の科学者たちと同席させた。その結果、同パネルの報告書は、ARVの有害性を主張する非主流派とARV導入に向けて準備すべきという主流派の主張が併記される、非常に奇妙なものとなった。

ムベキ大統領のエイズに関する非主流派科学への接近は、多くの人々を困惑させ、その理由について様々な憶測を呼んできた。背景としては、一九九七年に制定された改正薬法をめぐって大手製薬企業の連合体が南アフリカ政府を提訴していた裁判の経緯もあって、この間の南アフリカ政府と多国籍製薬企業の関係が非常に悪いものであったことが挙げられよう。以下に述べるT

ACのような、ARVを求める運動は、製薬企業を南アフリカで儲けさせるための陰謀なのではないか、と示唆する発言がムベキ大統領を含む政府首脳からたびたび聞かれた。また、ムベキ大統領は、エイズの根本原因を貧困に求める旨の発言をたびたびしており、これはHIVという特定のウイルスではなく栄養不足や環境汚染などをエイズの原因と考える非主流派のエイズ理解と重なる。もともとこれは、貧困がリスクの高い行動を誘発し、人々のHIV感染への脆弱性を高めるといった、エイズの社会的文脈を重視する姿勢の現れとみることも可能かもしれない。

理由は何であれ、ムベキ大統領のARV導入への消極姿勢は大きな批判を招いた。批判の高まりを受けて、ようやく二〇〇一年初めからパイロット・サイトで母子感染予防プログラムが始まったが、政府は全国規模での実施には消極的な姿勢を変えなかった。そのためTACは、政府の方針が「医療を受ける権利」を保障した憲法に違反しているとして、政府を相手取って訴訟を起こした。TACの主な構成員はHIV感染者・エイズ患者とその家族だが、医療従事者や法学、経済学などの専門家も、裁判の過程でTACの主張を支持する証言を数多く行った。二〇〇二年七月に確定した判決は、費用やARVの安全面での問題を理由として母子感染予防プログラムの限定の実施を正当化しようとした政府の主張を

退け、同プログラムの全国の実施を政府に命令するものとなった。

裁判終了後、TACは引き続き公的セクターでのART実施を求めた。二〇〇二年四月には、ART実施に向けた検討を開始するという政府発表があったが、その後も正式決定が先延ばしされたことから、TACは国会へのデモ行進や非暴力直接行動による「市民的不服従運動」などを通じて政府に圧力をかけた。TACの活動は南アフリカ国内にとどまらず国際的にも認知されるようになり、国外からの南アフリカ政府への圧力も高まった。

その結果、二〇〇三年八月に公的セクターでのART導入が閣議決定された。保健省が「南アフリカ包括的HIV/AIDSケア・管理・治療実施計画」を作成し、そのなかでARTについて、最初の一年間に全国五三の保健区(health district)それぞれで少なくとも一カ所のサービス・ポイントを稼働させること、そして二年目以降は新規にARTを開始する人数を毎年増やしていく、二〇〇七〇八年度には累計二〇〇万人以上を治療することが目標とされた。実際に公的セクターでのARTプログラムが始まったのは、中央政府の決定に先駆けてARTを実施していた西ケープ州を除けば二〇〇四年四月以降であり、同年九月までに新たに一万一〇〇〇人以上がARTを開始したとされている。

このように、南アフリカのARTプログ

ラムの実現は、開発パートナーの支援を得て政府が決断し、トップダウンで実施体制作りを進めてきたボツワナとは対照的に、患者・感染者や医療従事者らの下からの突き上げによるところが大きかった。

●ART規模拡大への課題

南アフリカでボツワナよりもART導入に時間がかかった背景には、エイズ認識に関わる混乱だけではなく、小国ボツワナとは異なり、人口が多く地域格差も激しい南アフリカで、全国で均等にサービスを提供しなければならぬ難しさもあったといえる。まずはパイロット・サイトを選定して「できるところから始める」のは当然としても、「できるところだけで実施する」のではなく、地域格差を固定し、むしろ拡大することになってしまふことから、国全体の医療機関のキャパシティ向上がARTプログラムの公正な実施には不可欠の条件となる。ART価格が大幅に下がり、ARTプログラムへの多国間・二国間の支援枠組みも整ってきたなかで、ART規模拡大に向けた最大の課題は、財政的なものよりも、保健システムの強化、なかでも人材確保・育成であるといえよう。

ARTの扱いに慣れていない医療従事者のトレーニングの必要性に加え、南アフリカ、ボツワナとも、人材流出（労働条件のよいイギリスなど欧米諸国へ、また国内で公立から私立の医療機関へ）がART規模

拡大への大きな障害となっている。その一方でボツワナでは、国内に医学部がないという事情もあって、外国人医師・看護師を積極的に登用している。筆者が見聞した限りでは、医師の国籍は様々だが、看護師はジンバブウェ、ザンビアなど周辺諸国から来ている場合が多かった。「3×5」目標のもと、途上国全体でART規模拡大が図られるなか、限られた人材が最貧国から中所得国へ、中所得国から高所得国へと流れるという構図が見てとれる。南アフリカでは現在、国内の失業率が高いこともあって外国人の雇用が制限されているが、今後は外国人の登用を拡大することも検討されている。

このほか、移動する患者をトラックするための情報システムの構築、モニタリング・評価体制の確立、設備の改善（カウンセリングやサポート・グループの活動のためのスペース確保等）も保健システム強化のための課題に含まれる。また、一生にわたって服薬を続けるARTにおいては、薬剤の安定供給も重要な課題となる。財源の確保、薬剤の調達に加え、輸送体制にも問題は多い。

検査を受けたり薬剤を受け取ったりするために定期的に病院に通わなければならない患者の移動手段の確保も重要である。治療そのものが無料であっても、貧しい患者にとっては交通費を出すのもままならない場合が多いからである。ボツワナ、南ア

フリカとも、社会手当や食糧配給などの公的支援制度はアフリカのなかでは比較的整っているが、患者・感染者とそのケアの担い手のニーズに必ずしも合っているとはいえず、貧困対策のあり方をエイズへの対応の観点から見直す必要がある。

また、ボツワナでは、より多くの感染者を治療へと向かわせるため、HIV検査受診者を増やす必要性が強調されている。先に述べたHIV検査のルーチン化はそれが目的である。一般論で言えば、ARTが普及し、エイズが「死に至る病」から「慢性病」へと変化すれば、HIV検査を受けるインセンティブが高まると考えられる。しかし、エイズへの恐れや偏見は根深く、そのため検査を受けたがらない人がいまだに多いのも事実である。HIV感染を理由とした解雇などが横行していることも、人々にHIV検査受診を躊躇させる一つの要因となっている。ステイグマ対策の強化や患者・感染者の権利を保護するための法体制の整備はART規模拡大のためにも望ましい。また逆に、ARTが普及し、健康を回復するHIV感染者が増えれば、徐々にステイグマが軽減し、HIV感染を理由とした差別が減るといった効果が期待できる。

（まきの くみこ／アジア経済研究所地域研究センター）