

ナイジェリアー「感染爆発」阻止に動き出した人口大国

望月克哉

二〇〇四年時点での、西アフリカ諸国の成人HIV感染率は一〜五%の水準にあるとされており（参考文献②、③）、いまのところ東・南部アフリカ諸国のように深刻なエイズ問題に直面している国はない。こうしたなかでナイジェリア政府もまた自国の現状を「感染率五%、感染者数三七〇万人」と公称しており、エイズ対策を打ち出しつつも、この問題に対する切迫感は薄い。

とはいえ、直近の一九九一年センサスにおける総人口が約八九〇〇万人、現在では一億三〇〇〇万人に達したとされるアフリカ最大の人口を抱える同国は、西アフリカ域内のHIV/AIDSの帰趨を左右しかねない存在でもある。人口大国ゆえにエイズ対策の困難さが際だっているナイジェリアについて、「感染爆発」阻止に向けた取り組みを跡づけてみたい。

●エイズはどのように顕在化したか？

ナイジェリアで最初にエイズの症例が報告されたのは一九八六年のことである。構造調整プログラムをはじめとする経済・社

会の引き締め策を実施していた軍事政権（当時）は、「国民再教育」と称して、さまざまな社会動員キャンペーンを展開していた。その一環として、当時世界の主流であったエイズ予防策を形式的になぞりつつ、予防キャンペーンそのものを社会秩序維持にも利用したのである。

各省大臣はもとより州知事・ポストまでを軍人が占める軍事政権にあって、数少ない例外として保健相には民間人が登用されていた。太学医学部教授で、国民的人気を博するファミリーの一員でもあった保健相の下で国家規模のエイズ予防キャンペーンが展開された。これと並行して進められたセックスワーカーに対する初期のHIV検査

で、ナイジェリア初となる感染者が見つかったことから、この一九八六年が同国のエイズ顕在化の年と説明されるようになった。翌年には保健相自らナイジェリア国内におけるエイズ感染者の存在を公式に確認した。以後、連邦保健省主導によるエイズ対策が講じられてゆくことになる。この一九八七年を出発点としてエイズ関連の各種委員会組織が結成され、またエイズ制圧のた

めの計画策定に向けた取り組みも始まった。一九八八年から翌年にかけて首都ラゴス（当時）で実施されたセックスワーカーを対象とする検査では、すでに被験者の二%が陽性と判定されていた。こうした現状にもかかわらず、ナイジェリア政府は一九九〇年時点においてなお成人HIV感染率を一%以下とみなす見解をとっており、これが早い段階でのエイズ対策の本格化を阻むことになった。

●増加するHIV感染者とエイズ発症者

多くのアフリカ諸国と同様、ナイジェリアの保健衛生分野におけるサービスやインフラは劣悪であり、圧倒的に不足している保健所では母子保健どころか乳幼児に対するワクチン接種もままならない。これに近代医療に対する誤解も重なり、ポリオ対策が停滞したケースなどは耳新しい。ナイジェリアにおける疾病、とくに感染症の蔓延は深刻であり、ラッサ熱やデング熱の流行から、局地的な脳炎、髄膜炎の大流行まで、深刻な事態をむかえたところで、ようやく

緊急対策が施されるのが常であった。このような中でマラリア対策が長年にわたって放置されてきたように、性感染症もまた等閑視されてきたことは改めて指摘するまでもあるまい。

一九九〇年代に入り、他のアフリカ諸国におけるHIV/AIDSへの取り組みを視野に入れつつ、ようやくナイジェリア連邦政府が重い腰を上げた頃には、感染者数も着実に増えつつあった。エイズ関連の調査では唯一のものとも言える、妊産婦を対象とした性感染症に関する疫学調査（参考文献①）によるならば、一九九〇年時点では一〇年間で五倍以上に増えたことになる（表1参照）。

こうした一連のデータを踏まえたナイジェリア連邦政府の公式見解として、二〇〇三年時点での同国における成人HIV感染率は五％の水準にあり、HIV感染者・エイズ発症者の総数として三七〇万人という数値が採用されることになった。保健省は感染経路についても、主として異性間の性行為、母子感染、そして輸血や血液製剤によるものと主張している。ただし、これらにしたところで、一九九〇年代以降、感染に結びつくケースがそれに先立つ時期に比べて著しく増えた事実を説明できるものではない。むしろ、関係機関やその責任ある立場の人物により「感染率五％、感染者数三七〇万人」という推計データが所与のもの

のとして語られている感がある。

国内でのHIV感染が拡大する一方で、エイズ発症による死者数も増加傾向をたどってきた。保健省が示す推定死者数は、一九九九年には年間五万人以下であったが、二〇〇三年から翌年にかけては同三万五千人に達したとされている。エイズによる死者数の増加にともなうエイズ遺児の問題も深刻化しつつあり、ナイジェリア政府は二〇〇三年から翌年にかけてエイズにより片親もしくは両親を失った子どもを約二〇〇万人と推定しているが、これまでのところ有効な対策はとられていない。

● HIV感染率における著しい地域差

エイズの現状に対するナイジェリア政府の認識、その受けとめ方というのは、他のエイズ関連データの取り扱いにも見て取れる。その最たるものが地域別（州別）の感染率データであり（表2参照）、そこにあらわれている著しい地域差というものが所与の事実として扱われている。国内三七州を単純に比較すると、感染率が最低の州の一・二％と最高の州の一・二％とは、実に一〇倍もの開きがある。二〇〇一年における全国の成人HIV感染率五・八％を上回る六・〇％超の水準にあるものだけで、全三七州の三分の一に近い一二州に上っていることを考えれば、今後の趨勢として、さらなる上ぶれも予想される。

いまひとつの特徴として、近接するいくつかの州をまとめて見た場合、高いところと低いところでは顕著な差異がでている。ナイジェリアでは数州を一括りとして、たとえば「北東部」といったカテゴリーが設定されているが、これは同国の地域区分として便宜的に用いられるようになった地政ゾーン（geo-political zone）を示している。ゾーンごとの感染率を比較すると、「南西部」が相対的に低く一・二～四・七％の水準にとどまっているのに対して、四・〇～一二％の「南南部」、三・二～七・六％の「北東部」はやや高い水準にあると言えることができる。

「北部中央」さらに「北東部」として区分されている諸州のなかで、ナイジェリア中部を流れるナイジェー（ニジェール）川と、これから分流するベヌエ川の流域に広がる「ミドル・ベルト」と通称される地帯に位置する各州の感染率が、五・七～九・三％といずれも高い水準にある。この「ミドル・ベルト」は相対的に人口が希薄で、少数民族が混住する地域として知られているが、そこはまた北部や南部からさまざまなエスニック・グループの人びとが流入している地域でもある。政府発表のデータが信頼するに足るものであるとすれば、感染率と人びとの移動の関係を示すものとして注視してゆく必要があるだろう。

こうした地域差は当然、政府の取り組みにも反映されて然るべきものであろうが、

表1 ナイジェリアの成人 HIV 感染率の推移

年度	感染率 (%)
1993	1.8
1994	3.8
1996	4.5
1999	5.4
2001	5.8
2003	5.0

(出所) National Population Commission & ORC Macro, Nigeria: Demographic and Health Survey 2003 ほかより筆者作成。

ナイジェリアにおけるエイズ対策の現状は必ずしもそうなっていない。むしろ、上述した地政ゾーン間のバランスといった本筋とは異なる政策的配慮が先行し、これがさらにエイズ対策の効率を損なっているようにも映る。

●エイズ対策の現状

一九八六年のエイズの顕在化以降、ナイジェリアでも保健省を中心とした取り組みが本格化したことは上述したとおりである。翌年には「エイズに関する国家専門家諮問委員会」(National Expert Advisory Committee on AIDS ≡ NEACA) が設置され、当面のエイズ対策が策定されている。その成果が一九八八年に発表された国家エイズ・性感染症制圧プログラム (National AIDS and STDs Control Programme) であった。HIV/AIDS に関するあらゆる活動を、連邦と州という二つの行政レベルで進める上での調整機能の発揮が予定されていた。当時の取り組みとしてエイズ予防が中心であったことから、これを連邦保健省が主導して、各州保健省をはじめ関係機関を動員してゆくための政策的枠組みを提供したのがこのプログラムであった。

しかしながら、予防主体のエイズ対策を徹底することはできなかった。とりわけコンドーム利用の促進といった政策は体制と資金の両面において安定的な基盤ができず、いわば家族計画において経験した困難を再

度味わうことにもなった。それに加えて、当時の軍事政権による民政移管の失敗と、これに伴う経済援助の停止や事実上の経済制裁によって、エイズ対策そのものが停滞したのである。

依然として軍事政権の下にあった一九九七年、民政移管の道筋を示した軍人首班のイニシアティブによりエイズに関する大統領委員会が設置された。これが今日に至るまでエイズ対策の中核となっている「エイズに関する国家行動委員会」(National Action Committee of AIDS ≡ NACA) であり、それはナイジェリア政府の政策転換を象徴するものであった。調整機関としての役割は上述した NEACA と同様だが、すぐれて今日的なマルチ・セクター・アプローチの推進が期待されていた。これは予防中心のアプローチからの転換という世界的な潮流とともに、ナイジェリア国内でのエイズ予防の限界を踏まえた措置でもあった。それまでの連邦保健省から州保健省を介した施策の流れは、マルチ・セクター・アプローチの展開を契機に NACA を前面に立てた大統領府によるそれへと大きく転換した。こうして再始動した連邦政府主導のエイズ対策は、一九九九年の民政移管を経て、さらに具体的なものと展開する。新たに成立した文民政権は、まず二〇〇一年に、三年計画として HIV/AIDS 緊急行動計画 (HIV/AIDS Emergency Action Plan ≡ HEAP) を発動したの続き、二〇〇二年

四月にはアフリカ・エイズ・サミットも主催している。同年六月には、日本政府が「感染症イニシアティブ」を打ち出した九州・沖縄サミットに文民大統領が他のアフリカ首脳とともに招聘され、意見表明を行う機会も得た。同年九月にナイジェリア政府が発表した「エイズ制圧プログラム」(AIDS Control Programme) は、このような経緯の上に成立したものである。

同プログラムの内容は、治療中心という点で各国が展開しているものと同様とはいえ、人口大国であることを考慮すれば、展開の規模がきわめて限られていた。当初の段階で、HIV 感染者一万五〇〇〇人(成人一人、子ども五〇〇〇人)に、抗レトロウイルス薬を助成価格で供給するものとされ、プログラム発動に先立つ二〇〇二年一月には全国二五カ所に抗レトロウイルス薬療法 (Antiretroviral Therapy ≡ ART) を実施する「ARV 治療センター」(ARV Treatment Centre) が設置され、プログラム展開の拠点とされた。しかしながら、地方レベルの能力不足は明らかであり、拠点化できる病院・施設も限られていたことから、「ARV 治療センター」は連邦首都と一七州に設置されたのみで、しかもそれらは州都など主要都市に偏っていた。

プログラムの初年度には、八〇〇〇名の成人感染者に対する三剤併用療法が企図された。まず「ARV 治療センター」単位で二五名の患者登録を行い、これを順次増や

表2 ナイジェリアの州別感染率

北東部 (North East)

州名	感染率 (%)
アダマワ (Adamawa) 州	7.6
バウチ (Bauchi) 州	4.3
ボルノ (Borno) 州	3.2
ゴンベ (Gombe) 州	6.8
タラバ (Taraba) 州	6.0
ヨベ (Yobe) 州	3.3

北部中央 (North Central)

州名	感染率 (%)
ベヌエ (Benue) 州	9.3
コギ (Kogi) 州	5.7
クワラ (Kwara) 州	2.7
ナサラワ (Nasarawa) 州	6.5
ナイジャー (Niger) 州	7.0
プラトー (Plateau) 州	6.3

北西部 (North West)

州名	感染率 (%)
ジガワ (Jigawa) 州	2.0
カドナ (Kaduna) 州	6.0
カノ (Kano) 州	4.1
カツィーナ (Katsina) 州	2.5
ケビ (Kebbi) 州	2.5
ソコト (Sokoto) 州	4.5
ザンファラ (Zamfara) 州	3.3

南東部 (South East)

州名	感染率 (%)
アビア (Abia) 州	3.7
アナンプラ (Anambra) 州	3.3
エボンイ (Ebonyi) 州	7.2
エヌグ (Enugu) 州	4.9
イモ (Imo) 州	3.1

南南部 (South South)

州名	感染率 (%)
アクワ・イボン (Akwa Ibom) 州	7.2
バイエルサ (Bayelsa) 州	4.0
クロス・リバー (Cross River) 州	12.0
デルタ (Delta) 州	5.0
エド (Edo) 州	4.3
リバーズ (Rivers) 州	6.6

南西部 (South West)

州名	感染率 (%)
エキティ (Ekiti) 州	2.0
ラゴス (Lagos) 州	4.7
オグン (Ogun) 州	1.5
オンド (Ondo) 州	2.2
オシュン (Osun) 州	1.2
オヨ (Oyo) 州	3.9

連邦首都 (Federal Capital)

州名	感染率 (%)
アブジャ (Abuja) 連邦首都准州	8.4

(出所) Federal Ministry of Health, *Situation of ARV Drug Use in Nigeria*, 2003 ほかより筆者作成。

し、各センターで二〇〇名から五〇〇名の患者をケアすることが予定されていた。しかし、当初から懸念されていた薬剤の供給不足が発生したのに加えて、「ARV治療センター」自体のキャパシティ不足もあり、二〇〇四年初めの時点でのARVの実施数は一万四〇〇〇名にとどまり、また当初予

定されていた子ども患者に対する薬剤投与は実施されなかった。

●エイズ制圧プログラムの問題点と効果

まず指摘できるのは、拠点形成や薬剤供給体制に加えて、人材養成の緊急性である。感染状況に地域差が生じているにもかかわらず、「ARV治療センター」の配置については六つの地政ゾーン間のバランスへの配慮が優先されており、しかもそれらは主要都市に限られている。いくつかの州では独自にARVを施す拠点形成の動きがでてきているものの、それらをプログラムの中で機能させるには現状の薬剤供給体制は不備と言わざるをえない。

「ARV治療センター」を併設する機関としては国内でも先進的な医療施設が選ばれているが、HIV/AIDSに関する経験の蓄積は乏しく、そのスタッフで薬剤に関する知識を有し、それらの取り扱いに習熟した者はわずかしいない。とりわけ地方の拠点病院の場合、規模の点では大学付属の教育病院に匹敵するとはいえ、スタッフ数やキャパシティは明らかに劣っており、その点が機関ごとに将来予定する対象感染者数のギャップとしてあらわれている。

他方、プログラムの展開は、とくにHIV感染者の側に意識の変化を生みつつある。低コストの治療であれば、これを試みようとする人びとが増えており、これは今後の

ケア・サポートの展開には好ましい状況と言えるだろう。また、プログラムが予定したインドの製薬企業が製造するジェネリック薬の使用は、ナイジェリア国内でエイズ治療薬を販売する他の製薬企業のパフォーマンスにも影響を与えている。たとえば外国企業の中には薬価引き下げの動きも出てきており、民間クリニックでの治療に頼っている人びとには朗報となっている。

とはいえ、プログラムが拡大していない現状はHIV感染者側にも新たな負担を生んでいる。プログラムの対象からはずれ、同じ「ARV治療センター」に通いながら助成価格による治療薬供給が受けられない感染者の場合、他の治療スキームで同様の薬剤処方を受けようとするれば、薬価負担は七倍から一四倍になり、薬剤供給が不足する地域での負担額はさらに大きくならざるを得ない。また「ARV治療センター」における治療薬の劣化などから、自ら治療薬を購入しなければならない感染者も生じており、こうした問題への緊急の対処がプログラム実施当局に求められている。

(もちづき かつや／アジア経済研究所
新領域研究センター)

《参考文献》

- ① Federal Ministry of Health, *The National HIV/Syphilis Sentinel Survey*.
- ② UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*.