

ナイジェリアの エイズ対策と その政策的課題

望月克哉

はじめに

ナイジェリアでは、1986年から翌87年にかけて、同国北東部ボルノ州(当時)の州都マイドゥグリでセックス・ワーカーに対して実施されたHIV検査で初めて感染者が確認されたことから、この時点をもってエイズ問題が顕在化したと見なされている。ここを起点として始まった同国のエイズ対策は、問題が深刻化している東・南部アフリカ諸国と比べてもタイミング的に決して遅いとは言えない。しかしながら、その後の取り組みの停滞には、軍事政権期における政治的混乱によるものだけとは言い切れない事情がある。

そこで本稿では、エイズ顕在化以降の取り組み、特に連邦政府主導によるエイズ対策を整理するとともに、当面の中核的施策である「エイズ制圧プログラム(AIDS Control Programme)」の展開に注目して、そこに横たわる政策実施に係る問題点の検証を試みたい。

1. 軍事政権下での取り組み

ナイジェリアでエイズが顕在化した当時の連邦政府は、1985年の軍事クーデタで成立したパングダ(Ibrahim Badamasi Babangida)政権の下にあり、IMF・世銀のコンディショナリティを踏まえた自前の構造調整プログラム(SAP)を発動し、マクロ経済政策をはじめとする厳しい国内引き締め策を実施していた。経済停滞が続くなかで国民の不満は大きく、補助金カットに伴う石油製品の値上げなどを契機とする「反SAP暴動」も頻発した。こうした状況に直面した軍事政権は、政治秩序回復などを名目とした国民再教育(national re-orientation)を打ち出し、雇用創出、農村開発といった政策を前面に掲げて国民の動員をはかるとともに、社会政策においてもさまざまなキャンペーンも展開したのである。それらのなかでエイズ問題への取り組み自体は決して目立つものではなかったが、当時の主流であったエイズ予防策が形式的になぞられていた。とは言え、予防・啓発キャ

ンペーンそのものが社会秩序維持を名目とした国民の引き締めという軍事政権の意図に合致していたことは疑いない。

こうした取り組みを主導したのは、軍事政権の閣僚中わずか2人の民間人のうちの1人、ラゴス大学医学部教授のランソム＝クティ(Olikoye Ransom-Kuti)保健相であった。開明的なファミリーの一員として国民的人気を博していた同保健相は、1987年に入って国内におけるHIV感染者の存在を公式に確認。それとともに、80年代半ばから欧米諸国を中心に主流となっていたエイズの予防・啓発が、国家規模のキャンペーンとして展開されることになった。体制面では、まずこの同じ87年に「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、翌88年には「国家エイズ・性感染症制圧プログラム(National AIDS and STDs Control Programme)」が発表された。同プログラムでは、HIV/AIDSに関するすべての取り組みを連邦と州の二つのレベルで進めてゆくものとされたが、実態は連邦保健省の主導の下で各州の保健省や各大学の教育病院などの関係機関が動員されるというものであった。

しかしながら、こうしたキャンペーンの展開や体制整備にもかかわらず、エイズ予防が進捗したかと言えば、かならずしもそうではなかった。例えば、1988年から翌年にかけて首都ラゴス(当時)で初のセックス・ワーカーを対象とする検査が実施された際には、すでに被験者の2%が陽性との判定を受けており、これは上述のマイドゥグリにおける検査結果が1%以下とされていたのに比べれば、明らかに深刻な事態と言えた。しかしながら、それからさらに1年を経た90年段階においてもなお、成人HIV感染率を1%以下と見なす連邦政府の見解は変わっていない。こうした連邦政

府による感染状況への認識こそが、後知恵ながら、早い段階でエイズ対策が本格化することを阻んだのである。それはまた長年の取り組みにもかかわらず際立った成果を上げられなかった家族計画の轍を踏む一因ともなった。例えばコンドーム使用の奨励といった対策も、若者の間での定着に向けた取り組みの途上で頓挫してしまったのである。

さらに1993年に予定されていた民政移管の失敗は、エイズ対策にも致命的なダメージを与えることになった。同年6月に行われた大統領選挙を無効にしたのち、8月に軍人首班であるババンギダ大統領自身が辞任。同軍事政権で一貫して保健相のポストにとどまりエイズ対策を主導してきたランソム＝クティ大臣もその職を辞した。ここで成立した暫定国民政府が3カ月で破綻し、アバチャ(Sani Abacha)将軍を首班とする軍事政権が復活したことに批判を強めた援助国・機関は、ナイジェリアに対して事実上の制裁措置を発動したのである。これによりドナーからの支援に大きく依存してきたエイズ対策はさらに後退して、これ以後の目立った展開は、次なる民政移管プロセスが動き始める97年まで待たねばならなかった。

2. 民政移管を契機とする新たな動き

エイズ対策が停滞するなかで、HIV感染者は着実に増加していった。1990年代のナイジェリアにおけるエイズ関連の継続的調査としては、おそらく唯一のものと言える妊産婦を対象とした性感染症に関する疫学調査によれば、HIV感染者の顕在化以降1%以下と見なされていた感染率は、93年に1.8%、さらに96年には4.5%まで上昇するなど、危険な兆候を示していた。民政移管をにらんだ軍事政権が、エイズ対策の仕切り直しと体制刷新を企図して97年に設置したのが「エイズに

関する国家行動委員会(National Action Committee on AIDS : NACA)」であり、これは今日に至るまでエイズ対策において中心的役割を担っている。

大統領委員会としてのNACAはエイズ対策における調整機能を担う委員会組織という点で上述したNEACAと同様であったが、この調整機関としての役割とあわせて期待されていたのが「マルチ・セクター・アプローチ」の推進であった。このすぐれて今日的なアプローチの下では、従来の連邦保健省から州保健省を介した施策の流れに加えて、連邦政府の関連部門を動員したエイズ対策の展開が企図されていたのである。設置当初、一連の選挙をはじめ民政移管に伴う政治的混乱もあってNACAの機能は十分に発揮されなかったものの、ドナー諸国はもとより、WHOをはじめとする国際組織やNGOを含む関係機関のハブとしての地歩を固めていった。

1999年にオバサンジョ(Olusegun Obasanjo)文民政権が成立して、エイズ対策は大きな進展をみせた。オバサンジョ大統領は、2000年7月には感染症対策イニシアティブを打ち出したG8九州・沖縄サミットで他のアフリカ首脳とともにアピールを行うなど、国際社会に対してエイズ対策を積極的に働きかけるとともに、国内では、軍事政権末期に設置されたNACAを中心に据えた新体制の下で、連邦政府主導による具体的な計画やプログラムの策定を進めた。翌2001年には、4月にアフリカ統一機構(当時)のエイズ感染症サミットを主催したほか、3カ年計画として「HIV / AIDS緊急行動計画(HIV / AIDS Emergency Action Plan : HEAP)」を発動している。これは99年時点での成人HIV感染率が5.4%となり、さらに増加傾向を示していたことなどを踏まえ、連邦政府として差し迫ったエイズ問題への取り組みの姿勢を示したものであったが、同時に国連エイズ特別総

会の開催などエイズ問題が盛んに論議されていた国際社会に対して、自国の取り組みの姿勢を示す意味合いも有していた。

新政権の成立を経てもたらされたもう一つの変化は、従来の予防・啓発中心の取り組みから、治療主体のそれへの転換がはかられたことであろう。これを象徴するのが2002年9月に発動された「エイズ制圧プログラム」であった。これは、現在エイズ治療の主流となっている抗レトロウイルス薬(anti-retroviral drug : ARV)を用いた多剤併用療法を、連邦政府が設置する治療拠点において費用補てんを行うことにより推進しようとするものであった。そのためプログラム発動に先立つ2002年1月には全国25カ所に抗レトロウイルス薬療法(anti-retroviral therapy : ART)を実施する「ARV治療センター(ARV Treatment Centre)」が設置されており、プログラム開始当初の段階においてHIV感染者1万5000人(成人1万人、子ども5000人)に対して実施することが目指された。

3. エイズ治療プログラムをめぐる問題

いまやナイジェリアのエイズ対策の柱となっている「エイズ制圧プログラム」ではあるが、計画どおりには治療実績が伸びていないのが実情で、そこからはさまざまな問題点が浮かび上がってくる。連邦政府はプログラム発動に先立ち、すでに「ARV治療センター」開設時点から助成価格によるARVの供給を始めていたにもかかわらず、2003年11月に連邦保健省がWHOとともに実施した調査によれば、同プログラムによる治療対象者は1万1435人にとどまっており、並行して実施されている治療スキームの対象者2249人を加えても、目標の1万5000人を下回っていることが判明した。

上述の調査によれば、治療対象者数が伸び悩んだ最大の理由はARVの供給にあった。3剤併用療法を採用した「エイズ制圧プログラム」では、インド系のシプラ(Cipla)、ランバクシー(Ranbaxy)両社の現地法人からジェネリック薬を調達し、一元的に供給する体制を敷いていた。すなわち両現地法人が本国から輸入したARVを買い付けて、前首都ラゴスに所在する流通拠点にストックし、そこから各治療センターに配布することになっていた。ところが4割以上の治療センターでは3剤のいずれかに不足をきたしたことにより治療者数が制約された上に、服用期限切れのARVを抱え込むことにもなった。また8カ所のセンターでは短期間ながらARVの在庫が底をついた結果、改めて両現地法人から政府調達価格を上回るコストで購入せざるを得ない事態も生じた。ARV調達のための連邦政府の予算執行の遅れとともに、大半の治療センターから地理的に遠隔な一都市に流通拠点を置くという供給体制の不備が原因と説明されているが、それは治療者数の見通しやARV確保のタイミングなど各治療センターのキャパシティに起因する部分も少なくない。

25カ所の「ARV治療センター」は主要大学の教育病院や地域の拠点病院、あるいは連邦政府直轄の医療機関などに併設されており、施設と人員の両面で一般の医療機関をしのぐキャパシティを有していることは疑いない。実際、3割近くのセンターでは独自にARVを購入して、プログラムの適用対象から漏れたHIV感染者に対する治療も実施している。しかしながら、プログラムを遂行するスタッフのうちHIV/AIDSのケアを専門に行う者は一部にすぎず、医師、看護師やカウンセラーにエイズ治療のための教育訓練を施しながらプログラムを遂行しているのが実態のようである。2003年の調査結果には、HIV感染者に対す

る治療の前提となる免疫状態検査(いわゆるCD4カウント)の結果が判明するまでに要する時間や、この検査が実施されている頻度が治療センターごとに異なることから、それらに基づいて行われているARVの処方そのものに対する懸念も表明されている。いずれもキャパシティ・ビルディングに関わる問題として、各治療センターのみならずエイズ治療を行う医療機関すべてにとっての課題と言えるであろう。

以上のような問題を抱えながらも、「エイズ制圧プログラム」の下でエイズ治療の裾野を拡げてゆく努力は好ましい効果をもたらしつつある。まず第1に、これまでは連邦政府に追随してきた州レベルの取り組みにおいて、新たなイニシアティブが生じてきたことが指摘できる。例えば、プログラムの実施拠点から漏れた南東部アピア州では、州保健省が地元NGOとともに治療センター設置を連邦政府に陳情しており、また感染率が9.3%と高いベヌエ州では、州知事が独自予算でのセンター設置を表明している。こうした動きは各地で見られることから、「ARV治療センター」の拡充が期待されている。第2に言えるのは、ARTの展開における制約要因であった薬価について引き下げの動きが出てきたことである。国際場裡における趨勢もさることながら、ナイジェリア国内でも輸入ARV多剤混合薬の価格を大幅に引き下げる動きが出てきている。例えば、2004年6月にはARVカクテル剤を販売するスイファ(Swipha)社が販売価格を従来からの3分の1にする旨を発表したのをはじめ、エイズ治療プログラムにARVを供給しているランバクシー社もジェネリック薬の価格をさらに引き下げることを公表した。こうした動きは民間クリニックでの治療、あるいはNGOが展開する治療スキームの拡大につながるものと期待されている。

むすびにかえて

ナイジェリア連邦政府の動きを中心にエイズ問題への取り組みを跡づけてきたが、そこにはエイズ対策をめぐる課題とともに、同国の政策実施の特徴が如実に現れている。軍事政権期と文民政権期とは、政治的リーダーシップも政策実施の環境も異なるとは言え、実際のところ政策の継続性は確保されており、その反面で政策の効果を減している要因が共通しているからである。

まず指摘できるのは、連邦政府主導のトップ・ダウン方式ゆえに政策の効果が末端にゆきわたりにくく、こうした仕組みの下での政策の実施には大きな制約が伴うことである。ナイジェリアの医療水準からして、エイズ問題への取り組みにおいては、やむを得ることではあったにしても、連邦レベルでの体制整備と政策の枠組み作りが先行し、それらが州レベルさらにその下位の地方政府レベルで一律に実施された。具体的には、まず連邦政府の下に委員会組織が設置され、しかるのちに政策プログラムを策定、これらが州政府の取り組みをも規定したのである。もちろん、こうしたトップ・ダウン方式ゆえに国際的な潮流であった「エイズ予防・啓発」あるいは「ARV治療」といった課題がタイムリーに打ち出されたことは確かであろう。しかしながら、そこでは州保健省や医療機関のキャパシティといった政策実施の条件は勘案されておらず、いわんや政策の対象となる国民とりわけHIV感染者のニーズといったものはおよそ政策に反映されていない。また、実施中もしくは事後的に政策レビューが行われても、それらが十分に生かされない現実がある。上で紹介したように、「エイズ制圧プログラム」についても2002年の発動の翌年には実態調査が行われたにもかかわらず、これによる見直しはいまだになさ

れていない。この点、政策実施プロセスにおけるフィードバックの難しさという点も含めて、トップ・ダウン方式の問題点と言えるだろう。

ナイジェリアの国家としての属性にひきつけてみれば、人口大国であり、かつ石油収入に大きく依存する連邦国家ゆえの困難さが、あらゆる政策の実施につきまわっている。連邦首都准州を含む37の州の財政は、程度の差こそあれ大幅に連邦財政に依存しており、とりわけエイズ対策のような新たな政策課題への対処にあたっては、全面的に連邦政府の支援を仰いでいる現実がある。軍事政権期のエイズ対策において、連邦保健省の主導の下で各州の保健省が予防・啓発活動を推進するという仕組みが作られたのは、こうした財政的な連邦依存ゆえにほかならない。民政移管後、NACAの下でのマルチ・セクター・アプローチが打ち出されたものの、実際に機能しているのは「エイズ制圧プログラム」など限られたものにすぎず、その実施面からみれば連邦依存の状況はなんら変わっていない。連邦保健省が所管する保健医療セクター以外での展開は、甚だ心許ないのが現状である。

いまや世界の潮流は包括的アプローチへと転換しつつあり、ナイジェリアでも実施されているARV治療に加えて、よりきめ細かな施策が求められるケア・サポートが主流になると言われている。ナイジェリアがエイズ対策として、この新しい課題に対処してゆくためには、上述した政策面での制約の克服が不可欠である。そのためには連邦政府主導を貫くにしても、州政府や、さらにその下位の地方政府を財政面でこ入れするとともに、よりHIV感染者に近い住民レベルの取り組みを展開することが求められている。

(もちづき・かつや/
アジア経済研究所新領域研究センター)