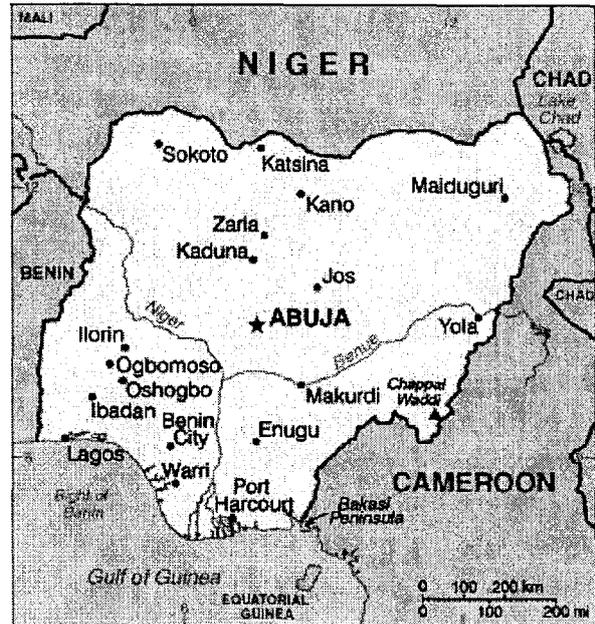
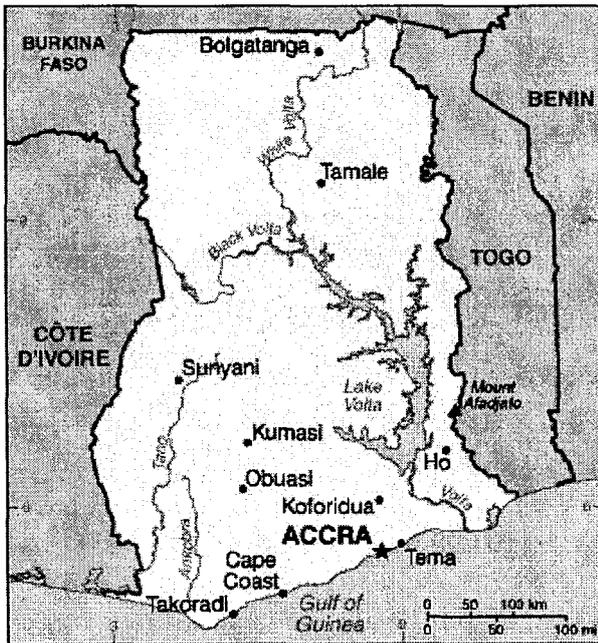


本書で取り上げる西アフリカ2ヶ国



ナイジェリア連邦共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA The World Factbook)



ガーナ共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA The World Factbook)

## 1. はじめに：「ナイジェリア・ガーナ編」の発行に当たって

### (1) 本書の性格

本書は、当会が2005年3月に発行した「帰国する在日アフリカ人 PLWHA とケア提供者のためのガイドブック：サハラ以南アフリカの HIV/AIDS ケア・治療の現状～1. 東アフリカ編～」の続編として、2006年3月に編集・発行したものです。本書では、日本に在住するアフリカ人の中で半数近くを占める、西アフリカのナイジェリア・ガーナの HIV/AIDS に関する治療やケア・サポートの状況、ARV 治療を供給する医療施設、ケア・サポート団体、HIV 陽性者の当事者団体等について、2005年12月現在の情報をまとめました。

以下、在日アフリカ人コミュニティの現状につきまして、「東アフリカ編」に掲載した文章を若干、編集して掲載しましたのでお読み下さい。

### (1) 在日アフリカ人コミュニティの現状

2004年現在、日本に在留する外国人の人口は200万人程度と考えられています。

サハラ以南アフリカは日本から遠く、世界の中でも人口移動に関わるつながりが薄い地域ですが、それでも、2万～3万人のサハラ以南アフリカ出身者が日本に在住すると言われています。実際に、80年代後半以降、日本には、多くのサハラ以南アフリカ出身者が生活するようになりました。その職業についても、ミュージシャンや芸能人、ヒップホップ・グッズ店の店長や店員から、地方の建設現場や工場で働く人々まで多様です。

アフリカのどのような国々から、これらの人々が来ているのでしょうか。

在日アフリカ人の中でもっとも人口が多いのは、西アフリカの人口大国ナイジェリアの人々で、5000～8000人が在留していると言われています。この多くは、ナイジェリア南東部のイボ、南西部のヨルバ、およびその中間の地域に住むエドの人々です。また、同じ西アフリカのガーナの人々も4000～6000人いるといわれます。それ以外に多いのは、ウガン

ダ（推定3000人程度）、ギニア（推定1500～2000人程度）、コンゴ民主共和国（推定500～1000人程度）、エチオピア（推定500～1000人程度）と考えられています。ただし、これらの数値はいずれも推測であり、国勢調査や法務省入国管理局の調査では、総数はこれよりもかなり低くなっています。

日本に在留するアフリカ人において特徴的なのは、一つはその男女比の格差です。例えば、平成12年度の国勢調査によれば、在日アフリカ人の男性と女性の比率は4対1であり、男性が圧倒的に多くなっています。

また、人口が少ないことから、東京などの大都市やその周辺（千葉・埼玉など）では一定程度の相互扶助のコミュニティが形成されていますが、地方では、同郷の人もおらず、孤立して生活している人も多いようです。これらの人々は、生活に困窮した場合に、コミュニティの助けもなく困難に直面する可能性が高くなっています。

これら在日アフリカ人の間では、同じ国籍・民族の人々同士で、「在日××人協会」といった相互扶助のための公的なネットワークが作られています。しかし、そもそもの人数が少ないため、こうした相互扶助組織も、数人のキーパーソンによって運営されていることが多く、これらのキーパーソンが強制送還などに処せられてしまうことによって、相互扶助のネットワークの機能が低下・停止するといったこともよくあることです。

### (2) サハラ以南アフリカ出身の人々と HIV/AIDS

サハラ以南アフリカの人々が日本で直面している最大の問題は、就労・失業と在留資格の問題です。日本に在留するサハラ以南アフリカ出身者の多くは在留資格を持っていません。そのため、つねに拘束・収容、強制送還の危険にさらされています。また、仕事についても、つける職種は限られており、就労できても条件は不安定でつねに失業の可能性に直面しています。

こうした「大問題」の陰に隠れて、保健や HIV/AIDS

の問題は、必ずしも大きな問題として認識されていません。しかし、在留資格のない人々は、健康を害した場合、社会保障へのアクセスがほとんど認められていないため、深刻な問題に直面することとなります。

厚生労働省エイズ動向委員会のデータによれば、1985年から2003年までの外国人のHIV事例報告数の中で、サハラ以南アフリカ出身者の占める割合は9.7%、AIDS事例報告数では11.3%で、東南アジア・ラテンアメリカ出身者につく比率でした。ラテンアメリカ出身者の人口は約30万人であり、サハラ以南アフリカ出身者の少なくとも10倍は多いことを考えると、サハラ以南アフリカ出身者の感染率は他の地域の出身者に比べて高いことは明らかです。

さらに、サハラ以南アフリカ出身の人々は、全体としての人口が少ないため、結果として、日本人との関係が十分ではありません。また、相互扶助のためのネットワークはあっても、そのネットワークが動員できる資源が少ない、という問題があります。この点に鑑みれば、サハラ以南アフリカの人々のHIV/AIDS問題に対しては、当事者の相互扶助活動の活発化に最大の優先順位がおかれるにせよ、日本の市民社会による支援に関して言えば、少なくとも他の外国人のHIV/AIDS問題と同等、もしくはそれ以上のサポートが必要であるといえます。

### （3）国境をまたいだリファレンス体制の構築の必要性

日本の出入国管理体制は厳格であり、在留資格のない外国人は、日本人および在留資格のある外国人に適用される医療保障・社会保障の制度の殆どから除外されています。その結果として、日本でHIV感染が判明した、またはAIDSを発症した外国人は、これらの適用を受けられず、医療を受けるには、全額を自費で負担するしかない状況です。日本はHIV/AIDS治療に関して、極めて高価なブランド薬を使っており、自費による負担は一部の資産家を除いては不可能であると言わざるを得ません。

この場合、課題になってくるのは、「帰国」です。例えばブラジルは、在留資格のない外国人を含む全

住民にARV（抗レトロウイルス薬）治療を無料で提供しており、また、タイにおいても、多くの地域で限定的ではあれARV治療を受けることができます。このように、帰国先で一定水準のHIV/AIDS治療が受けられる場合、日本国内で、自費でできる最大限の治療を行い、帰国して、早い段階で治療やケアにアクセスできるようにする、国境をまたいでのリファレンス体制の構築が課題となります。

### （4）母国における治療・ケア・サポートへのアクセス

サハラ以南アフリカでは、ここ10年ほどの間に、多くの国の首都や主要都市、地方などにおいて、HIV/AIDSのケア・サポートを行うNGO・当事者組織が数多く組織され、必要なサービスを行う力を付けてきています。治療については、首都やごく一部の主要都市の病院などにアクセスが限られているケースも多いものの、多くの国で国家による安価な治療アクセスのプログラムが形成され、徐々に開始されつつあります。在日アフリカ人のHIV/AIDSケースについても、国境をまたいで、ケア・治療に関するリファレンス体制を構築していく展望が開ける状況が見えて来つつあります。

### （5）本書における情報

本書では、ナイジェリアおよびガーナでARV治療を実施している医療機関に関する情報を以下のページに掲載しました。

- ナイジェリア：p.7-p.8
- ガーナ：p.31

また、これら医療機関やケア・サポートNGO、当事者組織の活動に関する情報について、以下のページに掲載してあります。

- ナイジェリア：p.13-25
- ガーナ：p.30-34

本書の情報が少しでもお役に立てれば幸いです。

## 2. 本ガイドの趣旨と使い方

### (1) 本ガイドの趣旨

本ガイドは、在日アフリカ人の HIV 陽性者、およびそのケア・サポートや治療に当たる医療関係者のために編集されたものです。

本ガイドは、サハラ以南アフリカのうち、日本への移住労働者の主要な送り出し国である西アフリカのナイジェリアとガーナの二国について、以下のことを扱っています。

#### 1. 国のようす

- (1) 基礎的統計
- (2) 最近の政治情勢

#### 2. HIV/AIDS の状況

- (1) HIV/AIDS の全国的動向
- (2) HIV/AIDS の地域的動向
- (3) HIV/AIDS に関する政策動向
- (4) 個別の動向
  - a) ケア・サポートの動向
  - b) 治療の動向

#### 3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報

#### 4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報

ここに収録した概況および活動紹介は、本ガイドを編集した(特活)アフリカ日本協議会が、現地調査および現地の NGO や政府機関・国際機関等への問い合わせによって得た情報を元にして作成したものです。もちろん、当方の収集し得た情報には限界があり、これらの国の全ての地域をカバーしているわけではありません。また、紹介する組織や機関についても、その全貌を把握しているわけではありません。この限界については、本書の中でなるべく明確に示すよう努力しました。

### (2) 本ガイドの活用方法

本ガイドから、HIV/AIDS に関する各国の政策の概要、および NGO や医療機関の活動状況などを知ることができます。また、限定的ですが、NGO や医療機関の連絡先などについても知ることができます。

本ガイドで紹介した医療機関や NGO については、所在地の地名等は記したものの、連絡先(電話番号・メールアドレスなど)のご紹介はしませんでした。これらの団体にコンタクトをとりたい場合には、本ガイドの編集責任団体である(特活)アフリカ日本協議会にご一報下さい。こちらから連絡をとるか、もしくは連絡先を直接お伝えするようにします。連絡先は、以下の通りです。

#### (特活) アフリカ日本協議会

- 担当者：稲場 雅紀 (HIV/AIDS・感染症分野プログラム・コーディネーター)
- 住所：110-0015 東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 2 F
- 電話：03-3834-6902
- F A X：03-3834-6903
- 電子メール：info@ajf.gr.jp
- URL：<http://www.ajf.gr.jp/>

## ナイジェリア連邦共和国 Federal Republic of Nigeria

### ■ 1. 国のようす

#### (1) 基礎的統計

- 面積 923,768 平方キロメートル（うち海洋面積 13,000 平方キロメートル）
- 人口 1 億 2877 万人（2005 年 7 月推定）
- 民族 ハウサ・フラニ人 29%、ヨルバ人 21%、イボ人 18%、イジョ人 10%、カヌリ人 4%、イビビオ人 3.5%、ティブ人 2.5%
- 言語 英語、ハウサ語、ヨルバ語、イボ語、等
- 国内総生産（GDP） 1321 億ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 経済成長率 5.2%（2005 年推定）
- 一人あたり国内総生産 1000 ドル（購買力平価、2005 年推定）
- 家計収入分配に関するジニ係数 50.6（1996-1997 年推定）
- 乳児死亡率 98.8/1000 人
- 誕生時平均余命 46.74 歳
- 識字率 68%（2003 年推定）
- 大統領 オルシェグン・オバサンジョ大統領（Olsegun Obasanjo）

#### (2) 国家の地域的概要

ナイジェリアは、西アフリカ・ギニア湾の最奥に位置し、はるかギニアを水源として流れてきたナイジェール川（ニジェール川）とカメルーンを水源とするベヌエ川が合流し、ギニア湾に注ぐ所に位置しています。ナイジェリアは、まず大きく分けて熱帯雨林気候の南部と、サバナ気候・ステップ気候の北部に大別されます。

ナイジェリアは約 1 億 3 千万人、アフリカ最大の人口を抱える国家であり、国民を構成する民族の数は 500 とも 800 とも言われます。主要民族は、主に北部に在住し、イスラームを信仰するハウサ人およびフラニ人（ハウサ人はニジェールやベナン北部など他国にもまたがって在住しています。フラニ人

は、西アフリカのサヘル地域一帯に在住する遊牧民です）、南西部に居住し、キリスト教、イスラームおよび伝統的な宗教・習俗を信ずるヨルバ人、南東部に居住し、主にキリスト教を信仰するイボ人の 3 つであり、ナイジェー・デルタ地帯や、北部と南部の境界を占める地域には、数多くの少数民族が居住しています。

ハウサ・フラニ人は軍事力に秀で、ヨルバ人は文学・演劇・音楽などの芸術に強く、イボ人は強力な商業・経済力を有すると言われ、とくにハウサ人とイボ人はナイジェリア現代史においてライバル関係をなしてきました。

行政単位としては、ナイジェリアは州の力の強い連邦国家を形成しており、6 つの地理的領域（Geographical Area）に合計 37 州が存在します。また、国の中央に位置する首都アブジャは連邦政府の直轄地（アブジャ連邦首都領域 Abuja Federal Capital Territory: FCT）となっています。この 37 州と連邦首都領域はさらに、合計 774 の地方政府領域（Local Government Area）に分かれています。6 つの地理的領域と民族の関係ですが、以下のようになっています。

- 北西部 North Western : ハウサ・フラニ人優勢
- 北東部 North Eastern : ハウサ・フラニ人優勢
- 北中部 North Central: 少数民族の混住地域（イスラーム、キリスト教混在）
- 南西部 South Western: ヨルバ人優勢
- 南東部 South Eastern: イボ人優勢
- 深南部 South South: ナイジェー・デルタ少数民族混住地域

#### (3) 国家概要および最近の政治情勢

ナイジェリアはサハラ以南アフリカで最大、世界でも有数の産油国で、現在、石油輸出額では世界第 7 位を占めています。英領時代においては、この地域の最大の輸出産品はパーム油等の農産物でしたが、1950 年代以降、石油の開発が進み、現在では石油が輸出額の 80% を占めています。

1960年の独立以降、ナイジェリアはハウサ・フラニ、ヨルバ、イボという全く民族性の異なった3つの民族が厳しく鼎立する現代史をたどってきました。1964年の軍事クーデターおよびその後の北部におけるイボ人虐殺等を経緯として、1967年、イボ人はチュクエメカ・オジュク中佐を指導者としてビアフラ共和国を建国しましたが、連邦政府との苛酷な戦争の末に敗北、100万人以上の死者を出しました。

その後、北部ハウサ人等を中心とする軍事政権が長期間にわたってナイジェリア全土を支配。80年代に一度民政移管しましたが継続せず、80年代後半には再び北部人中心の軍事政権による支配が復活しました。93年には、悪名高いサニ・アバチャ将軍が政権を掌握、凶暴な軍事独裁政治を行って一時は国際社会から孤立しました。しかし、98年、アバチャ将軍は原因不明の急死をとげ、その後99年、民政移管、大統領選挙により、かつて79年に軍人として政権をとり民政移管を実現した人民民主党(PDP)のオルシェグン・オバサンジョ氏が大統領に就任、ナイジェリアは国際的孤立から脱却しました。

オバサンジョ政権は、複数政党制に基づく民主主義の定着や腐敗の根絶、石油を中心とする豊富な天然資源の活用による経済成長を目指しており、オバサンジョ大統領はサハラ以南アフリカ最大の人口大国、サハラ以南アフリカ2位の経済大国の指導者としてG8サミット等にも出席しています。近年は石油収入に加え、欧米から多くの経済援助も流入し、経済は徐々に成長軌道に乗り始めています。

一方で、一部の買収支配階級と圧倒的多数の貧困層に二極化した社会、石油資源の配分の不平等、支配層・官僚層における圧倒的な腐敗、民族・宗教による社会的分断などへの対策は十分でなく、ナイジェリアの前途は多難であると言えます。近年では経済成長による中産階級の形成、および70年代以降の反軍政運動以来の旺盛な社会批判精神に根ざして市民社会の成長が著しく、ナイジェリアが抱える多くの問題の解決に向けて市民社会が一定の役割を果たしていくものと考えられます。

## ■ 2. HIV/AIDS の状況

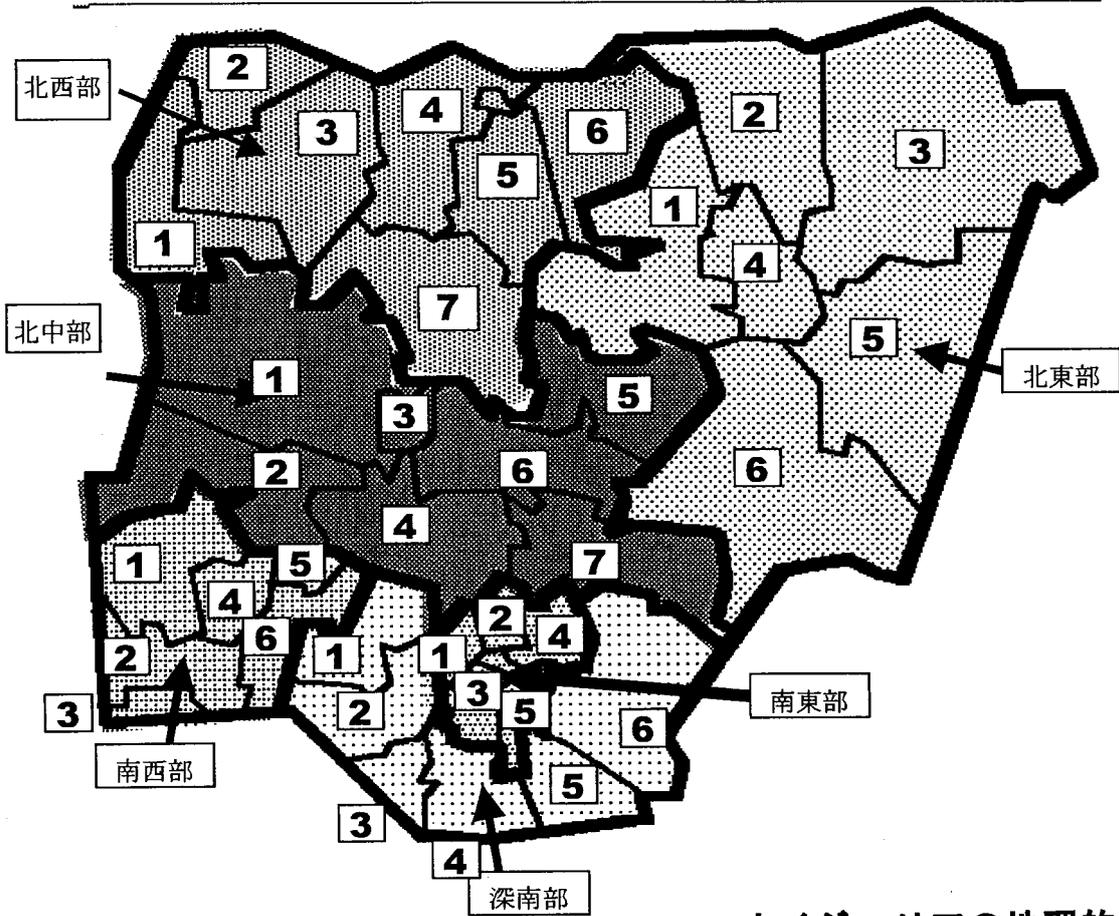
### (1) HIV/AIDS の全国的動向

ナイジェリアは南アフリカ共和国、インドに続いて世界第3位のHIV陽性者人口を抱えています。

UNAIDS/WHOの「HIV/AIDS・性感染に関する疫学的ファクト・シート」(Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections) 2004年アップデート版によると、2003年現在のナイジェリアのHIVに関する基本的なデータは以下のようになっています。

項目	数値(括弧内は最小・最大見積もり)
成人感染率推定(15-49歳)	5.4% (3.6-8.0)
感染者数推定(大人・子ども合計)	360万人(240-540万人)
子どもの感染者数推定	29万人(17-50万人)
女性の感染者数推定	190万人(120-270万人)
エイズによる死亡者数推定	31万人(20-49万人)
エイズによる孤児(片親または両親を失った17歳以下の児童)	180万人(120-260万人)

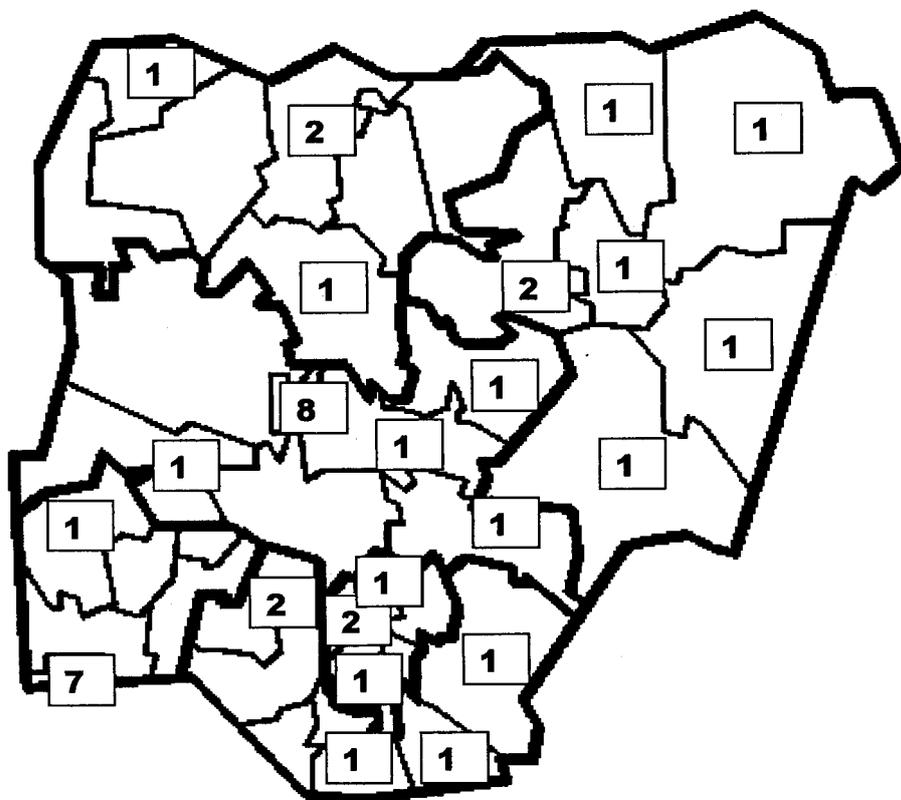
サハラ以南アフリカ全体の感染率は8%であり、ナイジェリアの感染率はそれよりも低くなっています。しかし、ナイジェリアは人口大国であり、特に南部を中心に人口密度が高いということもあり、対策が少し遅れるだけで、大きな影響が生じます。とくに、ナイジェリアは貧富の差が激しく、人口の流動なども多いだけに、集中的な対策がとられなければ、今後HIV/AIDS問題はさらに深刻になる可能性が高いと言えます。



ナイジェリアの地理的区分と各州の成人HIV感染率  
 (ナイジェリア全国エイズ行動委員会=NACAのデータによる)

地理的領域	番号 1	番号 2	番号 3	番号 4	番号 5	番号 6	番号 7
北西部	ケビ 2.5%	ソコト 4.5%	ザンファラ 3.3%	カツィナ 2.8%	カノ 4.1%	ジガワ 2.0%	カドゥナ 6.0%
北東部	パウチ 4.8%	ヨベ 3.8%	ボルノ 3.2%	ゴンベ 6.8%	アダマワ 7.6%	タラバ 6.0%	--
北中部	ナイジャー 7.0%	クワラ 2.7%	アブジャ 8.4%	コギ 5.7%	プラトー 6.3%	ナサラワ 6.5%	ベヌエ 9.3%
南西部	オヨ 3.9%	オグン 1.5%	ラゴス 4.7%	オスン 1.2%	エキティ 2.0%	オンド 2.3%	--
南東部	アナンブラ 3.8%	エヌグ 4.9%	イモ 3.1%	エボンイ 4.5%	アビア 3.7%	--	--
深南部	エド 4.3%	デルタ 5.0%	バイエルサ 4.0%	リヴァーズ 6.6%	アクワ・イボム 7.2%	クロス・リヴァー 12.0%	--

ナイジェリアにおける ARV 供給施設の分布 (連邦、州、ドナー含む)



ナイジェリアで安価に ARV を供給している医療施設  
(41 か所、2005 年 12 月現在)

Nigeria Institute of Medical Research, Lagos	Abu Teaching Hospital, Zaria, Kaduna	Federal Medical Center, Owerri, Imo	Bauchi State Specialist Hospital, Bauchi
Creek Hospital, Lagos	University of Maiduguri Teaching Hospital, Borno	General Hospital Lagos Island, Lagos	Gede Foundation, Abuja
Lagos University Teaching Hospital, Lagos	Nnamdi Azikiwe Teaching Hospital, Anambra	Massey Children Hospital, Lagos	Federal Medical Centre, Nassarawa
Nigeria Institute of Pharmaceutical Research and Development, Abuja	University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu	Mainland Hospital, Lagos	Federal Medical Centre, Yola, Adamawa
National Hospital, Abuja	University of Benin Teaching Hospital, Edo	St. Charles Borromeo Hospital, Anambra	Government House Clinic, Talaba
Directorate of State Service Clinic, Abuja	University of Ilorin Teaching Hospital, Kwara	General Hospital, Calabar, Cross River	University College Hospital, Oyo
National Intelligence Agency Clinic, Abuja	University of Port Harcourt Teaching Hospital, Sokoto	Central Hospital Benin, Edo	Federal Medical Center, Benue
Gwagwulada Specialist Hospital, Abuja	Aminu Kano Teaching Hospital, Kano	Wuse General Hospital, Abuja	Federal Medical Centre, Azare, Bauchi
Central Bank Clinic, Abuja	Federal Medical Center, Akwa-Ibom	Murtala Mohammed Special Hospital Kano	Federal Medical Centre Nguru, Yobe
Jos University Teaching Hospital, Plateau	Federal Medical Center, Gombe		

## (2) HIV/AIDS の地域的動向

ナイジェリアは、地域によって感染動向に大きな違いがあります。ナイジェリア国家エイズ行動委員会 (National Action Committee on AIDS: NACA) が 2005 年 12 月にまとめたカントリー・レポートには、2003 年現在の感染率データが示されていますが、それによると、感染率が特に高くなっている地理的領域はナイジャー・デルタ地帯の深南部および北中部です。深南部で特に感染率の高い地域はカメルーンとの国境にあるクロス・リヴァー州 (Cross River State) で 12.0%、その西隣のアクワ・イボム州 (Akwa Ibom State) が 7.2%、それに続いてデルタ地帯の中核都市ポート・ハーコートを抱えるリヴァー州が 6.6%と続きます。

また、北中部については、ベヌエ州 (Benue State) が 9.3%、アブジャ連邦首都領域が 8.4%と高くなっています。また、連邦首都領域の東隣のナサラワ州 (Nasarawa State) も 6.5%と高くなっています。深南部・北中部で感染率が高いことについては、この地域がピアフラ戦争における連邦軍側の供給基地になり、戦争が終わった後も、これらの地域に物流やセックス・ワークの拠点としての位置づけが残ったからだという説もあります。一方、ベヌエ州に関しては、女性の地位の低さや性・家族編成に関する風俗・習慣の問題を指摘する人もいます。

主にヨルバ人が住む南西部については、最も高いラゴス州で 4.5%と全国平均以下となっており、他地域に比べて HIV 感染の影響は少ないようです。

主にイボ人が住む南東部については、北中部、深南部に比べて HIV 感染率は低いですが、各州とも 3%台後半から 5%台までとなっており、南西部に比べて HIV 感染率は高いようです。

北東部は、カメルーンと国境を接するアダマワ州の 7.6%を筆頭に、ゴンベ州、タラバ州が感染率 6%台で続き、感染率の上昇が見受けられます。一方、北西部は、アブジャ連邦首都領域の東隣のカドゥナ州で感染率が 6.0%と高く、また、北部の拠点都市であるカノのあるカノ州、イスラーム宗教都市ソコトを有するソコト州で感染率が 4%を越えており、こちらも感染率の上昇が見受けられます。

これらに鑑みれば、ナイジェリアの HIV 感染率は、数年前までは感染率の高い州は北中部・深南部に集

中していたのですが、ここ数年で、全ての地理的領域において感染率の高い州が見られる状況になってきており、今後の疫学的動向に注意が必要です。

## ■ 3. 日本への移住労働者の動向

在日のナイジェリアの人々からの聞き取りに基づいて推測するに、日本に居住するナイジェリア人はおよそ 6000~8000 人と推定されます。おおよその見当で言えば、このうちの約 5 割程度が南東部出身のイボ人、3 割程度が南西部出身のヨルバ人、残りが深南部出身の少数民族であると推定されます。北部のハウサ人・フラニ人に関しては、留学生や大使館関係者等以外はあまり日本には来ていないものと思われます。

ヨルバ人については、ナイジェリアの最大都市で 1200 万人以上の人口を抱えるラゴスや、オヨ州の州都イバダン周辺などから日本に来る人が多いようです。また、イボ人については、南東部の最大都市エヌグやその周辺のエヌグ州などの出身者が多く見受けられるように思われます。

日本に来るナイジェリアの人々の多くは男性で、女性と男性の比率は 1 対 5~10 程度と推測されています。彼・彼女らの日本での生活は多様性に富んでいます。中には、店舗経営など事業に成功したり、日本人と結婚して成功をかちえる人々もいます。そうでない場合は、成功者の支援を受けて日払いの仕事についたり、長期の失業に陥る人々もいます。

ヨルバ人もイボ人も、それぞれ、自民族の福利厚生のための互助組織・親睦組織を持っています。東京周辺では、ヨルバ人は「在日ヨルバ人協会」、イボ人は「日本に住むナイジェリア移住者たち」(Nigeria Diaspora in Japan) というグループを組織しています。また、ヨルバ人・イボ人向けのバー、レストランなども、東京や埼玉などに点在しており、自民族同士で集まったり情報交換をしたりするための拠点をなしています。

## ■ 4. HIV/AIDS への取り組み概要

### (1) 政府の政策

#### ア) 前史

多くのアフリカ諸国では、80年代後半、WHOとの連携で政府部内に HIV/AIDS 対策の委員会が設立されました。ナイジェリアにおいても、1987年に「全国エイズに関する専門家諮問委員会」(National Expert Advisory Committee on AIDS: NEACA) が設立され、88年に「全国エイズ対策プログラム」(National AIDS Control Program) に改組され保健省の組織となりました。しかし、他のアフリカ諸国同様、この組織はエイズ対策において十分な役割を果たすことなく、90年代の軍事独裁時代へと突入します。

軍事政権は、それ自体としては HIV/AIDS 対策の必要性を認識していました。その認識を強化したのが、97年には、ナイジェリアの国民的英雄といわれたアフロ・ビートのミュージシャン、フェラ・クティ (Fela Kuti) の死です。当時、保健相を務めていた医学者でフェラ・クティの兄、オリコイエ・クティ Olikoye Ransam-Kuti が、フェラ・クティの死の原因が AIDS であったことを公表し、軍事政権はそのインパクトをうけて、同年、同国で最初の「HIV/AIDS および性感染症に関する国家政策」(First National Policy on HIV/AIDS and STI) が発表されました。しかし、軍事独裁政権下で援助も凍結されていた当時のナイジェリアでは、せっかくの国家政策も絵に描いた餅となりました。同国で有効な HIV/AIDS 政策がとられるようになったのは、99年の民政移管以降のことです。

#### イ) 民政移管後の政府部内のエイズ対策組織体制

ナイジェリアは、99年の民政移管によるオバサンジョ大統領就任と複数政党制民主主義体制への復帰により、最低限、海外からの援助を受ける条件が整いました。

HIV/AIDS 対策の組織体制については、2000年に、連邦の HIV/AIDS 対策の調整機関として「全国エイ

ズ行動委員会」(National Action Committee on AIDS: NACA) が設置されるとともに、各州に「州エイズ行動委員会」(State Action Committee on AIDS: SACA)、その下に置かれる地方政府に「地方政府エイズ行動委員会」(Local Committee on AIDS: LACA) が設置されて、連邦から地方行政レベルまでの調整機関が構築されました。NACA は大統領エイズ評議会 (Presidential AIDS Council: PAC) のもとに置かれることになりました。

一方、保健行政については、連邦保健省に設置された「全国エイズ・性感染症対策プログラム」(NASCP) および州・地方政府が保健行政関連の HIV/AIDS 対策を担うことになっています。

#### ウ) 民政移管後の国家のエイズ関連政策

1997年に制定された「HIV/AIDS および性感染症に関する国家政策」には限界があり、民政移管後のナイジェリア連邦政府は 2001年、3年間の「HIV/AIDS 緊急行動計画」(HIV/AIDS Emergency Action Plan: HEAP) を制定して、分野統合的 (multi-sectoral) なエイズ対策を実施する方針を確立し、連邦政府がその任にあたることになりました。HEAP では、ナイジェリアにおける HIV/AIDS の拡大を押さえ、影響力を低減させることを上位目標とし、そのために HIV 感染の防止、人権・法・倫理の確立と差別の禁止、HIV 陽性者のケア・サポートの強化、社会文化的障壁を取り除くための効果的コミュニケーション、効率的なプログラムの形成と実施・管理を重点とした戦略をとることになりました。

2004年、HEAP の期限切れに伴い、新たな国家政策作りが必要とされました。およそ1年間の討議を経て、結果として、2005年から 2009年までの5年間をカバーする新しい政策方針として「HIV/AIDS 全国行動戦略枠組み：2005-2009」(HIV/AIDS National Strategic Framework for Action 2005-2009) が制定されました。この方針は、「2009年までに HIV/AIDS の感染率を少なくとも 25%低減し、有効な予防・ケア・治療・サポートを提供することによって、女性、子ども、他の脆弱な人口集団、および一般人口における HIV/AIDS の影響力を低減する」ことを目標に掲げたものであり、この実現のために政府、民間セクター、NGO セクター、開発