







ただし、次に掲げる者は除く。  
 一 健康保険、社会保険、旅行保険等に加入している者  
 二 労働者災害保険被保険者または自動車損害賠償被保険者等が適用される。医療費の弁済が行われ、分割払医療の手続により医療費の弁済を行っている者、または行うことを約束している者  
 三 既述または雇用主等が医療費の弁済を行っている者、または行うことを約束している者

第十四条 救急医療機関は、前条第1項の10月1日から前年の9月30日までの間に医療が完了したものに於いて、毎年10月30日までに申請するものとする。

第十五条 補助の対象は、前条第3号に定める外国人患者の前年度の医療費のうち、原因が当該医療機関の責によらないもので、診療終了日から1年経過するまでの間、回復に相当な努力をしたにも関わらず、生じた回復医療費とする。

第十六条 1次医療機関においては、患者1人当たり、健康保険法の規定による療養に要する費用の算定方法（平成6年8月16日、厚生省告示第54号、以下「算定方法」という。）に基づき計算される初診日から原則として3日以内の診療に相当する額から自己負担相当額として3割を減じた額を補助費用とする。

第十七条 この算定により算出た外国人患者に関する個人情報については、法令に基づきこれらのほか、事業の目的以外には利用し又は提供してはならない。

第十八条 1次医療機関においては、患者1人当たり、健康保険法の規定による療養に要する費用の算定方法（平成6年8月16日、厚生省告示第54号、以下「算定方法」という。）に基づき計算される初診日から原則として3日以内の診療に相当する額から自己負担相当額として3割を減じた額を補助費用とする。

第十九条 2次医療機関または3次医療機関においては、患者1人当たり、療養の初診日から、原則として3日以内の診療に相当する額として、入院を必要とした者においては、入院の日から14日を限度として算定した療費のうち、算定方法に基き計算される入院時基本診療費等たる算定される入院時基本診療費の入院時の診療報酬に相当する額を加えた額から、自己負担相当額として3割を減じた額を補助費用とする。

第二十条 2次医療機関の算定に当たり、1件1人当たりの額が1,000千円を超えるときは、1,000

千円を補助基準額とする。  
 第二十一条 補助額は次のとおりとする。  
 (1) 外国人患者の居所が明らかでない場合は、県上自治体がそれぞれ補助基準額の1/2を補助する。  
 (2) 外国人患者の居所が不明な場合は、県の補助基準額の10/10を補助する。  
 (3) 前2号の両者は、より算出した補助金の額に、自己負担の割合が異なる場合は、その差額を差額を控除するものとする。

第二十二条 救急医療機関は、前条第1項の10月1日から前年の9月30日までの間に医療が完了したものに於いて、毎年10月30日までに申請するものとする。

第二十三条 救急医療機関は、外国人患者の救急医療費用支補助金交付申請書（様式1）により、知事並びに外国人患者の居所長の許可状に申請するものとする。

第二十四条 この算定により算出た外国人患者に関する個人情報については、法令に基づきこれらのほか、事業の目的以外には利用し又は提供してはならない。

第二十五条 2次医療機関または3次医療機関においては、患者1人当たり、療養の初診日から、原則として3日以内の診療に相当する額として、入院を必要とした者においては、入院の日から14日を限度として算定した療費のうち、算定方法に基き計算される入院時基本診療費等たる算定される入院時基本診療費の入院時の診療報酬に相当する額を加えた額から、自己負担相当額として3割を減じた額を補助費用とする。

第二十六条 2次医療機関の算定に当たり、1件1人当たりの額が1,000千円を超えるときは、1,000

千円を補助基準額とする。  
 第二十七条 補助額は次のとおりとする。  
 (1) 外国人患者の居所が明らかでない場合は、県上自治体がそれぞれ補助基準額の1/2を補助する。  
 (2) 外国人患者の居所が不明な場合は、県の補助基準額の10/10を補助する。  
 (3) 前2号の両者は、より算出した補助金の額に、自己負担の割合が異なる場合は、その差額を差額を控除するものとする。

第二十八条 救急医療機関は、前条第1項の10月1日から前年の9月30日までの間に医療が完了したものに於いて、毎年10月30日までに申請するものとする。

第二十九条 救急医療機関は、外国人患者の救急医療費用支補助金交付申請書（様式1）により、知事並びに外国人患者の居所長の許可状に申請するものとする。

第三十条 この算定により算出た外国人患者に関する個人情報については、法令に基づきこれらのほか、事業の目的以外には利用し又は提供してはならない。

## 資料 F. 外国人 HIV/AIDS 陽性者支援に対する専門支援を行なう団体

- A. ラテンアメリカについての情報なら
- CRIATIVOS-HIV・STD 関連支援センター（クリアナーヴォス）  
スペイン語・ポルトガル語でラテンアメリカ出身者に対して電話相談・通訳・カウンセリング・手前介入を行っている。スタッフの中には母国で医師や臨床心理師として仕事をしていた経験のある日系人が多数おり母国との関連も強い。
    - ・連絡先：045-360-2094（事務所 月～金 10:00～16:00）
    - ・相談電話：045-361-3092（月・水 10:00～19:00）
    - 03-3369-7110（木 14:00～18:00）
- B. タイについての情報なら
- HIV/AIDS 在日外国人支援ネットワーク  
アジア系外国人の相談にあたる南関東の4つのNGOが共同で設置した相談窓口。関東一円の医療機関に主としてタイ語の通訳派遣を行っている。
    - ・連絡先：03-3820-5831（アークス内 担当：枝木）
  - シェア＝国際保健協力市民の会  
タイ大使館と連携しタイのエイズ治療の状況や医療機関の紹介を行っている。タイでのエイズ対策に役立てていた日本の看護士が対応。
    - ・連絡先：03-5807-7581（月～金）
    - ・タイ語エイズ電話相談：080-3791-3630（土曜 17:30～22:00）
    - 03-5807-7581（火曜 10:00～17:00）
    - ・外国人医療に関する一般電話相談  
在日外国人に関する医療情報提供、タイの医療情報の提供を行っています。
      - 03-5807-7581（月～金 10:00～17:00）
  - TAWAN  
在日タイ人への健康面の支援を行なうタイボランティアのグループ。
    - ・連絡先：080-3791-2630（木曜 9:00～16:00）
    - ・FAX：03-3837-2151
- C. アフリカについての情報なら
- アフリカ日本協議会  
アフリカ諸国における治療・ケアの情報提供や現地NGOの紹介等を行っている。
    - ・連絡先：03-3834-6902（月～金 10:30～17:30 担当：船場）

医療相談員のための  
外国人HIV陽性者療養支援ハンドブック

平成19年3月発行

編者 平成19年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
NGOによる個別医療費の支援とその評価に関する研究  
主任研究者 榑井 正義  
分担研究者 浜田 昌志

連絡先 (特活) シェア＝国際保健協力市民の会  
東京都台東区東上野1-20-6 丸幸ビル6F  
TEL 03-5807-7581 FAX 03-3837-2151  
e-mail hoken@share.or.jp

# 2006年度版

在日外国人HIV陽性者支援のための

## アフリカ6カ国 HIV/AIDS治療・ケアの現況

# ガイドブック



厚生労働省科学研究費補助金  
エイズ対策研究事業  
NGOによる個別施策層の支援と  
その評価に関する研究班

特定非営利活動法人  
アフリカ日本協議会



## 目次

はじめに:本書の発行に当たって	3
本ガイドの趣旨と使い方	5
全体地図	6
<b>南部アフリカ地域(南アフリカ共和国)</b>	7
概要	7
地図	8
<b>第1部 国家概要と HIV/AIDS を取り巻く状況</b>	9
1. 国のようす	9
2. HIV/AIDS の状況に関する概要	11
3. HIV/AIDS に関する政策動向	13
4. 南アフリカにおける援助のプレゼンス	17
5. アパルトヘイトとその負の遺産	17
<b>第2部 南アフリカ共和国・治療とケアへのアクセス</b>	19
1. 南アフリカの HIV/AIDS 治療・ケアへのアクセス	19
2. ハウテン州における治療へのアクセス	23
3. ハウテン州における社会保障給付制度へのアクセス	28
4. ハウテン州におけるケア・サポートへのアクセス	35
5. 日本から南アに帰国する場合:何がなか	47
<b>西部アフリカ地域(ナイジェリア・ガーナ)</b>	50
<b>第1部:ナイジェリア</b>	50
1. 国のようす	50
2. HIV/AIDS の状況	52
3. 日本への移住労働者の動向	55
4. HIV/AIDS への取り組み概要	56
5. 治療およびケア・サポートの全国的動向	59
6. 地方別のケア・サポート、治療の状況	63
7. 国境を越えたりファレンス体制の可能性	70
コラム 1 : ナイジェリアのゲイ・MSM 運動	72
コラム 2 : ナイジェリアのリプロダクティブ・ヘルス&ライツ	72



<b>第2部:ガーナ</b>	74
1. 国のようす	74
2. HIV/AIDS の状況	75
3. 日本への移住労働者の動向	75
4. HIV/AIDS への取り組み概要	76
5. 治療へのアクセス	78
6. ケア・サポート組織概要	78
7. 国境を越えたりファレンス体制の可能性	80
<b>東部アフリカ地域(ケニア・ウガンダ・タンザニア)</b>	81
<b>第1部:ケニア</b>	81
1. 国のようす	81
2. HIV/AIDS の状況	81
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	84
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	88
<b>第2部:ウガンダ</b>	90
1. 国のようす	90
2. HIV/AIDS の状況	90
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	92
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	94
<b>第3部:タンザニア</b>	94
1. 国のようす	94
2. HIV/AIDS の状況	94
3. ケア・サポートを行う NGO・当事者組織等に関する情報	98
4. HIV/AIDS 治療を行っている機関・NGO に関する情報	99
<b>おわりに</b>	100

## 1. はじめに:本書の発行に当たって

### (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~」および2006年3月に発行した「西アフリカ編」に、2006年に実施した南アフリカ共和国の調査をまとめた「南アフリカ編」を加えて一冊に統合したものです。「東アフリカ編」「西アフリカ編」については、その後の変化にかんがみ、現地への問い合わせや文献調査を行って、2007年現在で知りうる最新情報にアップデートしてあります。

本書は、日本に在住するアフリカ人の HIV 陽性者と、その支援にかかわるご家族、医療関係者、外国人支援 NGO などの皆様を対象に書いたものですが、各国の HIV/AIDS に関する状況や市民社会の運動、援助の状況なども含めて記述してありますので、援助関係者の皆様にもお読みいただけるものとなっております。多くの方にご活用いただけることを願っております。

### (2) 在日アフリカ人コミュニティの現状

2006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貿易会社の経営者、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1000~2000人程度)、カメルーン(推定1000~1500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)、タンザニア(推定500~1000人程度)と考えられています。また、南アフリカ共和国からは、ビジネスを中心に年間5000人以上の出入国があるほか、遠洋漁業者の配偶者などとして定住している人も数百人いるといわれています。ただし、これらの数値はいずれも推測で、国勢調査や法務省入国管理局の調査では、総数は少なくなっています。

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・茨城など)、愛知県など東海地方、大阪など関西地方ではかなりの規模の相互扶助のコミュニティが形成されています。しかし、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。これらのネットワークも、ナイジェリア、カメルーン、ウガンダなど、国によっては、非常に組織化が進み、大使館とも連携して積極的な活動やさまざまな相互扶助活動を展開しています。しかし、そもそも人数が少ないため、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。

### (3) 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、深刻な問題に直面しかねません。

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ぐ比率でした。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。この点を鑑みれば、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。

### (4) 国境をまたいだリファレンス体制の構築

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を発症した在留資格のない外国人は、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。

### (5) 母国での治療・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。

### (6) 本書における情報

本書では、南アフリカ共和国、西アフリカ諸国(ナイジェリア・ガーナ)、東アフリカ諸国(ケニア、ウガンダ、タンザニア)の6カ国でARV治療を実施している医療機関に関する情報を掲載しました。

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も掲載してあります。また、南アフリカ編については、現地の医療や社会保障のあり方などを、多くの事例を交えて立体的に解説しました。

本書の情報が少しでもお役に立てれば幸いです。

## 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、最大の経済力を持ち出入国者も多い南アフリカ共和国、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、および日本とも関係が深い東アフリカのケニア・ウガンダ・タンザニアの三国について、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

また、南アフリカ共和国については、医療・福祉を取り巻くさまざまな状況について、さまざまな事例をもとに立体的な記述を試みています。

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

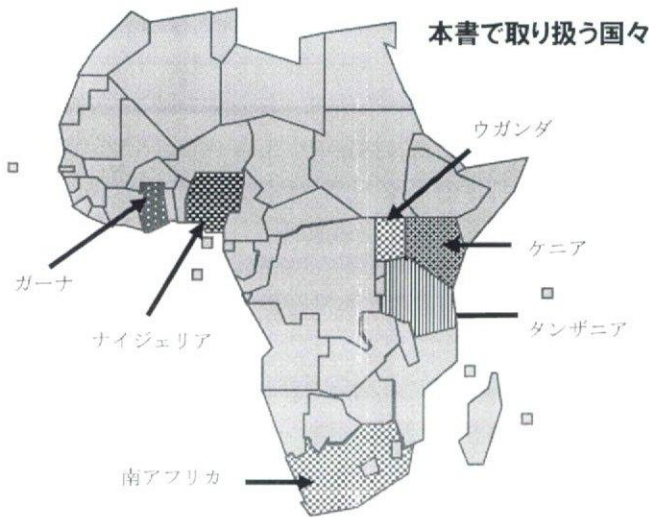
問い合わせによって得たり、多くの協力者の皆様からの情報を元にして作成したものです。もちろん、当方の収集し得た情報には限界があり、これらの国の全ての地域をカバーしているわけではありません。また、紹介する組織や機関についても、その全貌を把握しているわけではありません。この限界については、本書の中でなるべく明確に示すよう努力しました。

### (2) 本ガイドの活用方法

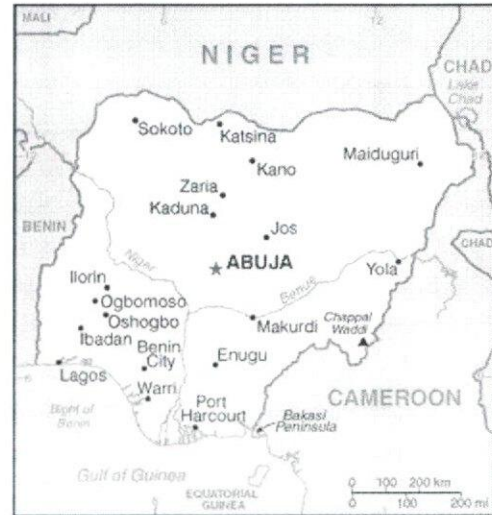
本ガイドから、HIV/AIDS に関する各国の政策の概要、および NGO や医療機関の活動状況などを知ることができます。また、限定的ですが、NGO や医療機関の連絡先などについても知ることができます。これらの団体にコンタクトをとりたい場合には、本ガイドの編集責任団体である(特活)アフリカ日本協議会にご一報下さい。こちらから連絡をとるか、もしくは連絡先を直接お伝えするようにします。連絡先は、以下の通りです。

#### (特活)アフリカ日本協議会

- 担当者：稲場 雅紀 (国際保健プログラム・ディレクター)
- 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/>



※注：南アフリカ共和国の地図に関しては、8ページを参照のこと。



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



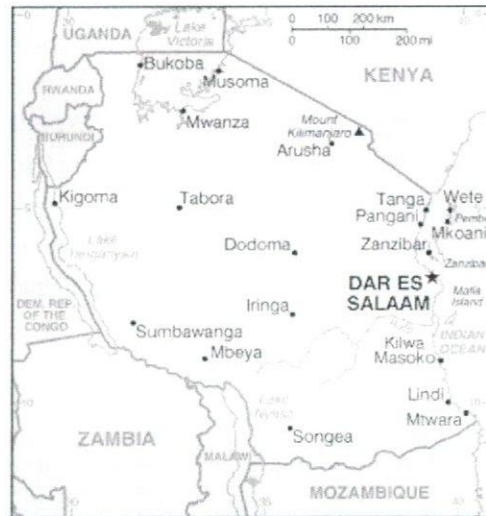
ガーナ共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA World Factbook)



ケニア共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA World Factbook)



ウガンダ共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA World Factbook)



タンザニア連合共和国の主要都市の位置  
(出典：CIA World Factbook)

## 南アフリカ共和国 Republic of South Africa

### 概要 Executive Summary

南アフリカ共和国はアフリカ随一の経済力を持つ大国であり、GDP（購買力平価）は世界 21 位、世界銀行の分類では「高中所得国」（Upper Middle-Income Country）にあたります。一方で、貧富格差はブラジルと並んで世界の主要国中最大であり、失業率は公式統計でも 35% を越え、国民の多くは貧困な生活を強いられています。国連開発計画の「人間開発指数」（HDI）は 0.653 で、世界 121 位です。この背景には、オランダ、英国の植民地支配とそれに続くアパルトヘイト（人種隔離政策）の負の遺産があります。HIV については、南アは 2005 年現在で 550 万人の HIV 陽性者を抱え、成人感染率は 18.8% となっています。HIV の巨大なインパクトにも関わらず、南ア政府は 90 年代後半から「エイズ否定」とも批判される消極的なエイズ政策をとり続け、公的医療で抗レトロウイルス治療を導入したのは 2003 年になってからでした。

その後、治療プログラムの進展により、2006 年現在、公的医療で 11 万人余、民間医療で 6 万人余が治療にアクセスしています。また、1994 年のアパルトヘイト廃止以降、貧困層の生活を支える社会援助給付制度（Social Assistance Grants）制度も曲がりなりには存在しています。また、HIV 陽性者のケア・サポート・グループも数多く存在しています。ですので、日本で HIV 感染が判明した南アの HIV 陽性者が帰国した場合、治療や社会保障にアクセスできる可能性はあります。

しかし、公的サービスの非効率なマネジメントや能力不足、腐敗などにより、これらの制度へのアクセスに時間がかかったり、トラブルが生じることなども多く、適切なアクセスを得るには、本人の多大な努力が必要な場合が多くあります。また、南アでは HIV は極めて深刻な問題であるため、社会には差別・スティグマが大きく存在していま

す。これらの点で、南アは HIV 陽性者にとって過酷な国であるということができます。

南ア出身の HIV 陽性者が帰国する場合には、帰国先での治療アクセスや日常生活において多くの問題に直面することが予想されるので、本人とよく相談した上、帰国先の医療機関向けの詳細な紹介状の交付、帰国先の病院やケア・サポート・グループの特定とリファレンスなどに関して、日本側で最大限の努力をする必要があります。

以下のことを知りたい方は、本章の以下のページをお読み下さい。

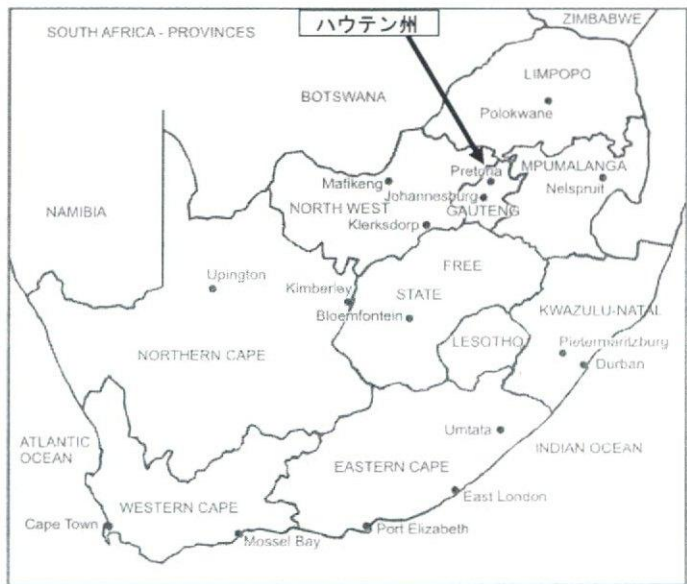
○南アの治療アクセス	19 ページ
○南アの社会援助給付制度	28 ページ
○南アの HIV ケア・サポート	35 ページ
○南アへの帰国にあたって必要な検討事項	47 ページ
○南アの全体的な政治・経済・社会状況	9 ページ
○南アの HIV/AIDS に関する状況	11 ページ
○南アの HIV 政策について	13 ページ

(地図1)南アフリカ共和国の州

地図は以下のウェブサイトから入手。

<http://www.anc.org.za/images/maps/samapo.gif>

※本編で中心に扱う「ハウテン州」は南アの北東部に位置する州で、南アの州の中でもっとも面積が小さい。

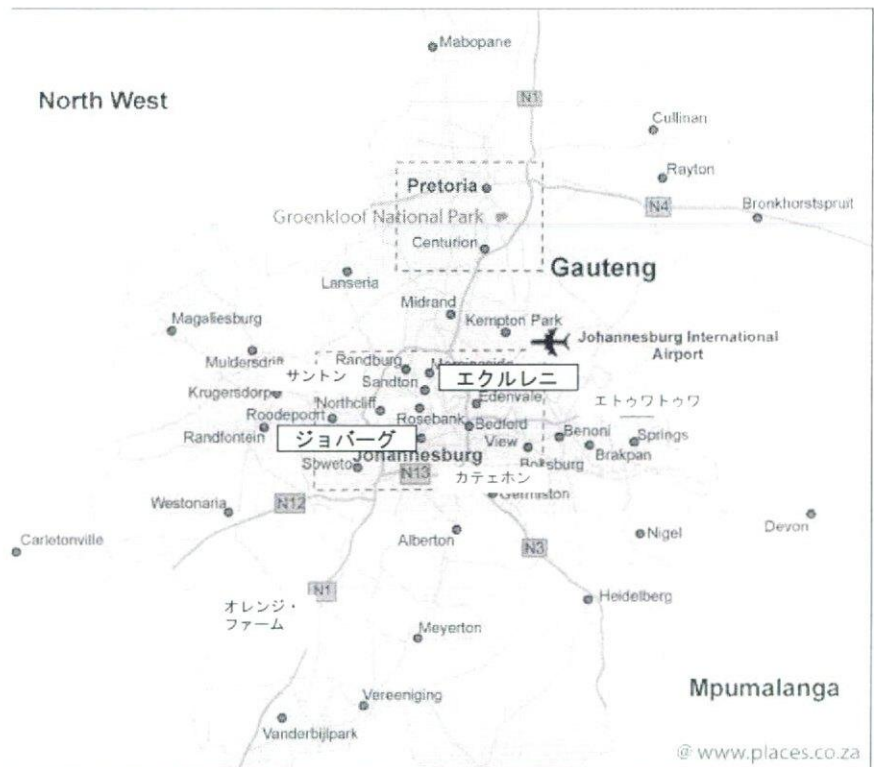


(地図2)ハウテン州の都市:本書であつかう地域

地図は以下のウェブサイトから入手。

[http://www.places.co.za/maps/gauteng\\_map.html](http://www.places.co.za/maps/gauteng_map.html)

○中央の環状道路(一周 90 キロ程度)内およびその周辺がジョハネスバーグ(ジョバーグ)。環状道路の東(右)側にエクルレニ(旧称イストランド)が広がる。ジョハネスバーグの北方 30 キロにあるプレトリアが南アの行政首都となっている。



## 第1部 国家概要と HIV/AIDS を取り巻く状況

## 1. 国のようす

## (1) 基礎的統計

- 面積：121万9912平方キロメートル
- 人口：4690万人（2005年中間センサス）
- 民族：
  - ✓ 先住民の人々：コイ Khoi、サン San
  - ✓ アフリカ系の人々（79%）：
    - ングニ系 Nguni（ズールー Zulu、コサ Xhosa、ンデベレ Ndebele、スワジ Swazi）、
    - ストゥ＝ツワナ系 Sotho-Tswana（南・北 ストゥ Northern/Southern Sotho、ツワナ Tswana）、
    - ツオンガ Tsonga、
    - ヴェンダ Venda など
  - ✓ アフリカ周辺国からの移民・難民
  - ✓ 混血の人々（8.9%）：カラード Coloured<sup>1</sup>
  - ✓ アジア系（2.5%）：インド系 Indians 他
  - ✓ ヨーロッパ系の人々（9.6%）：アフリカーナ（オランダ系）Afrikaner、英国系、その他
- 言語：ズールー語 IsiZulu（23.8%）、コサ語 IsiXhosa（17.6%）、アフリカーンス語 Afrikaans（13.3%）、北ストゥ語 SeSotho sa Leboa（9.4%）、英語 English（8.2%）、ツワナ語 Setswana（8.2%）、ストゥ語 SeSotho（7.9%）、ツオンガ語 Xitsonga（4.4%）、スワティ語 SiSwati（2.7%）、ヴェンダ語 TshiVenda（2.3%）、ンデベレ語 IsiNdebele（1.6%）、以上が公用語。他 0.5%（2001年センサス）
- 国内総生産：5408億ドル（2005年推定：購買力平価＝CIA World Fact Book）
  - ※公定レートでの国内総生産：1873億ドル（2005年推定）
- 経済成長率：4.9%（2005年推定）
- 一人当たり国内総生産：12200ドル（2005年

推定、購買力平価)

- 家計収入分配に関するジニ係数：0.77（2001：Human Sciences Research Council）
- 人間開発指数（HDI）：0.653（177カ国中121位）
- 乳児死亡率：60.66（1000人中：男児64.31、女児56.92）
- 誕生時平均余命：42.73年
  - ※男性：43.25年、女性：42.19年（2006年推定、CIA World Factbook）
- 識字率：86.4%
  - ※男性87%、女性85.7%（2003年推定）
- 大統領：ターボ・ムベキ大統領 Thabo Mbeki

## (2) 最近の政治・経済情勢の概要

## a) 最近の流れ

南アフリカ共和国は、アフリカ最大の経済規模を持つ大国です。

南アフリカ共和国では、1948年以来続いてきた人種隔離政策（アパルトヘイト）の廃止が1991年に宣言され、1994年に初めて全人種参加の総選挙を実施、アパルトヘイト廃止を求める最大の組織であったアフリカ国民会議<sup>2</sup>（ANC：African National Congress）が勝利してネルソン・マンデラが大統領に就任しました。1996年には、人権の尊重とあらゆる差別の禁止などを盛り込む先進的な南アフリカ共和国憲法が採択（1997年に発効）されました。1999年の総選挙の後、副大統領であったターボ・ムベキがネルソン・マンデラに代わるANC政権の第2代大統領に就任。2004年の総選挙でもANCが勝利し、ムベキ大統領は再任されました。

ANCはその長い歴史においてアパルトヘイト廃止に向けた国民的な運動の支柱であり続けたことや、ネルソン・マンデラという世界的な英雄を生み出したことから、その政治的体質の如何に

<sup>1</sup> 「カラード」には混血の人々の他に、マレー系など一部のアジア系の人々も含む。

<sup>2</sup> 一般には「アフリカ民族会議」という訳が当てられている。



かかわらず、国民の圧倒的多数において正統な政治勢力としての位置づけを有しており、ムベキ政権も、基本的に安定した政権基盤を享受しています。

なお、かつてアパルトヘイト下の政権政党として ANC を徹底弾圧してきた南ア国民党（新体制のもとで「新国民党」と改名したが、その後解党）は ANC との合流を選択しました。ANC 以外の政党としては、民主同盟（DA）、ズールー人の民族政党であるインカタ自由党（IFP）、カラードの女性政治家パトリシア・デ＝リラが率いる独立民主党（ID）などがあります。一方、南ア共産党（SACP）は、ANC の主要な構成要素の一つをなしています。

## b) 経済概要

南アフリカ共和国は、経済規模の大きな国としては、ブラジルと並んで世界でもっとも貧富の格差の大きい国です。先進工業国とならぶ工業力、経済力を持ち、開発も進んでいますが、他方、圧倒的多数の人々が極端な貧困にさらされています。この二極化した構造は、もともとアパルトヘイト体制にその根を持っています。そもそもアパルトヘイト体制は、経済体制としては、人口の 10% 以下の少数派である白人が、それ以外の人種を人種隔離の枠組みに押し込み、徹底した低賃金で酷使することで国家の開発と成長をなしとげ、その富を独占することを目的にした体制でした。この経済体制により、南アフリカの経済は、極端にゆがんだ富の配分をその特徴とするようになりました。

94 年のネルソン・マンデラ政権発足により、法的にはアパルトヘイト体制は完全に駆逐されましたが、経済的には、アパルトヘイト体制は克服されず、むしろ、富の偏在と不公正な分配はグローバル経済との統合の中で近代化・再編・強化されたとの評価もあります。南ア政府は 94 年、「復興開発計画」（RDP : Reconstruction and Development Programme）を策定し、貧困層の雇用創出や住宅の確保、インフラ整備などの取り組みを開始しました。しかし、経済回復のスピードが遅れたことから、96 年、政府は「成長・雇用・再分配＝マクロ経済戦略」（GEAR: Growth, Employment and

Redistribution: A Macro-Economic Strategy）を策定し、規制緩和と自由化に基づくグローバル経済への再統合への方向性を追求しました。この路線は、とくにアフリカにおける南ア資本の進出の拡大などに結実し、南アはここ数年、年率 4～6% の安定した経済成長を続けるに至っています。

しかし、この路線は、貧富の格差をますます拡大し、貧困層をより貧困な状況に追いやることにもつながりました。貧富の格差をはかる「ジニ係数」をみると、格差はアパルトヘイト廃止後の 1994 年には 0.68 だったものが、2001 年には 0.77 へと拡大しています。こうした中で、貧困や社会のゆがみを原因とする凶悪犯罪が多発し、大都市を中心に治安が極端に悪化しています。また、生活の改善がいつこうに実現しない状況で、貧困層を中心に、政府への潜在的な不満が拡大しています。

このようなことを背景として、南アフリカ政府は 2006 年、さらに高い経済成長を目指すと同時に、その恩恵が貧困層にも共有されることを目指して、「成長の促進と共有のためのイニシアティブ」（ASGI-SA: Accelerated and Shared Growth Initiative for South Africa）を策定しました。ASGI-SA は、2014 年までに貧困と失業を半減させるという目標を掲げています。しかし、格差是正の道りは遠く、すでに目標達成を危ぶむ声が多いのも実情です。

## c) 今後予想される政治的な問題

先に述べたとおり、ムベキ政権の基盤は現在のところ安定していますが、波乱要因も存在しています。ANC 政権は、ANC と、反アパルトヘイト闘争を支えた南ア共産党、南ア最大の労働組合連合である南ア労働組合会議（COSATU）という主要な政治・労働セクターの協調によって存在していますが、現在のムベキ政権のグローバル経済との協調政策は、ここに亀裂を生みつつあります。ムベキ大統領は 2005 年、盟友であったジェイコブ・ズマ副大統領を解任しました。解任の理由はズマの汚職疑惑によるものとされましたが、この背景には、とくに ANC 内左派を基盤として人気のあるズマとムベキとの確執が存在したと言われ

ています。ズマは COSATU など左派からの一定の支持によりこの危機を乗り切り、汚職容疑で起訴されたものの無罪とされたことから、2009 年に大統領職を退くことが確実なムベキの後継者として、ズマの名前が再び ANC 内において浮上しています。

このように、現政権および ANC は現在までのところ、表面上は安定的に推移していますが、南アの社会・経済状況は深刻な亀裂を抱えており、それが今後、政治に反映してくることは必至と考えられます。

## 2. HIV/AIDS の状況に関する概要

### (1) HIV/AIDS の全国的動向

南アフリカ共和国は、2006 年現在、インドに次いで世界で 2 番目に多くの HIV 陽性者を抱えている国です。つい最近まで、南アフリカは世界で最も多くの HIV 陽性者が在住する国でした。また、南アの人口は 4700 万人で、インドの 20 分の 1 にも達しないことを考えれば、南アにおける HIV のインパクトはインドよりもはるかに大きいといえます。

国連合同エイズ計画 (UNAIDS) と世界保健機関 (WHO) の 2005 年度の発表数値は以下の通りです。

HIV 陽性者人口	550 万人 (490～610 万人)
・児童 (14 歳以下)	24 万人 (9.3～50 万人)
・成人 (15 歳以上)	530 万人 (480～580 万人)
・女性 (15 歳以上)	310 万人 (280～340 万人)
成人感染率 (15～49 歳)	18.8% (16.8～20.7%)
AIDS による死者	32 万人 (27～38 万人)
エイズ遺児人口	120 万人 (97～140 万人)

南アでは 1990 年から各州で産科医院 (antenatal clinic) における定点サーベイランス (sentinel surveillance) が開始されましたが、90 年当初は、HIV 感染率は 1% 以下でした。しかし、その後毎年急速に HIV 感染率が拡大し、98 年には 20% を越えるまでになりました。さらにその後も感染拡大のスピードは減速せず、2003 年現在、産科医院での定点サーベイランスでは、27.9% の感染率を記録しています。

南アフリカ共和国の HIV 感染率が急速に上昇した理由は複合的ですが、一つ挙げられるのは、南アの経済システムの中で、貧困層の男性においては大都市や鉱山、農場など特定の地域・場所への出稼ぎ労働が一般化していたこと、女性においては現金収入にアクセスする数少ない方法の一つがセックス・ワークであったことです。限られた場所に集中した男性の単身労働者が、当該地域でセックス・ワークを利用したり、複数のパートナーと関係を持つという構造になりました。その結果、当該地域に HIV が入ってくることにより、ま

ずその地域できわめて効率的に HIV 感染が起こり、その後、彼らが地方に帰ることによって、地方でも HIV 感染が拡大する、ということになったわけです。

南部アフリカは現在、HIV の影響を最も強く受けている地域となっていますが、南アフリカ共和国はその経済的中心であり、南部アフリカ地域における HIV 感染拡大は、南アフリカをその最大の震源としているということが出来ます。

## (2) HIV/AIDS の地域的・人口的動向

南アフリカ共和国は9つの州で構成されていますが、感染のトレンドは各州によって多少、異なります。南アにおける2歳以上の HIV 陽性率を州別でみると、以下のようになります。<sup>3</sup>

クワズールー・ナタール州 Kwazulu Natal	16.5%
ムプマランガ州 Mpumalanga	15.2%
フリー・ステート州 Free State	12.6%
北西部州 North West	10.9%
ハウテン州 Gauteng	10.8%
東ケープ州 Eastern Cape	8.9%
リンポポ州 Limpopo	8.0%
北ケープ州 Northern Cape	5.4%
西ケープ州 Western Cape	1.9%
全体	10.8%

これをみるに、上位5州は南アの東部・中部地域にあり、すべて隣接しています。そこから北部のリンポポ州、西部の東ケープ州に移動するに従って感染率が低下し、西南端の西ケープ州では、感染率はサハラ以南アフリカの平均よりもかなり低くなっています。

一方、性別の感染率を見ると、男性が 8.2%なのに対し、女性が 13.3%と女性の方が多くなっています。異性間性行為においては、女性の方が男性よりも HIV に感染する確率が高く、HIV が一般

人口の中に大きく広がるにつれて女性の感染率が高くなります (HIV の女性化 feminisation)。すでにサハラ以南アフリカ全体でも、女性の感染率が男性を上回っていますが、これは、この地域で感染が全体化 (generalized) していることを示すものです。

人種別の感染率を見ると、以下のようになっています。

・アフリカ系	13.3%
・白人	0.6%
・カラード	1.9%
・インド人	1.6%

ということで、アフリカ系の感染率が格段に多いことが分かります。これは、アフリカ系の人々が、経済的に圧倒的に低い位置におかれ、HIV に関する情報にもアクセスしにくいなど、他人種に比べてきわめて脆弱な状況におかれていることを示すものです。

また、感染のトレンドも人種によって異なります。白人においては、HIV 感染は同性間の性的接触によるものが一定の割合を占めるなど先進国型であり、感染トレンドも「局限流行期」(Concentrated Epidemic) にあると考えられます。これに対してアフリカ系住民においては、同性間性的接触による感染も当然、相当数存在するものの、圧倒的に多くが異性間の性的接触によるものであり、感染トレンドも「広汎流行期」(Generalized Epidemic) の状態にあります。

さきの州別統計にも、人種による感染率の違いが反映しています。西ケープ州で感染率が低いのは、他州にくらべてアフリカ系の人口が少なく、白人やカラードの人口が多いことを反映しています。

## (3) 南アと日本の人口移動および HIV/AIDS

南アから日本に渡航する人は毎年 4000-5000 人前後であり、その多くはビジネス目的の短期滞在であると思われます。ナイジェリアやガーナ、ウガンダなどと異なり、南アから出稼ぎ労働者として来日する人々はあまり多くありません。

しかし、上述の通り、南アは本国での HIV 感染

<sup>3</sup> このデータは、2005 年に行われた保健省によるサーベイランス調査による。出所：

<http://www.avert.org/safricastats.htm>

なお、UNAIDS/WHO による南アの成人感染率 (2005 年) は 18.8%である。成人感染率とは、一般に 15-49 歳の労働人口に於ける感染率を指す。一方、本件統計は 2 歳以上の南ア市民全体の感染率であるため、数値は成人感染率の半分強となっている。

率が高く（成人の 20%弱）、日本で HIV 陽性が判明するケースもないわけではありません。

後述しますが、南アでは、抗レトロウイルス薬（Antiretroviral Medicines: ARV）による治療（Antiretroviral Therapy: ART）を含む HIV 治療は、公的医療としては 2004 年に開始され、アフリカ諸国の中では相当の規模で行われており、社会保障制度も存在しています。南アに帰国して HIV 治療にアクセスできる可能性はあります。しかし、南アの社会は複雑かつ多くの問題を抱えており、スムーズに治療アクセスを行うためには、帰国前段階での日本での相当の準備と、本人の多大な努力が必要です。南ア出身の HIV 陽性者の方に本国への帰国を勧める場合、なるべくスムーズな治療アクセスができるように、日本側も相当程度努力する必要があります。

### 3. HIV/AIDS に関する政策動向

#### (1) 現在の政策的動向とその経緯

UNAIDS は各国の HIV/AIDS 対策の統合化・効率化の指針として「3つの統一」(Three Ones) を提唱しています。これは、各国が一つの政策枠組み、一つの実施調整機関、一つのモニタリング・評価機関をもつべきというものです。ここでは、「政策枠組み」と「実施調整機関」についてみたいと思います。

#### a) 南アにおける HIV/AIDS 政策枠組み

南アフリカ政府は 2000 年、「HIV/AIDS・性感染症に関する国家戦略計画 2000-2005 年」(National Strategic Plan on HIV/AIDS and STI 2000-2005) を策定しました。

この国家戦略は、南ア政府における、南ア国家エイズ評議会 (South African National AIDS Council) を中心に省庁間・セクター間連携 (マルチセクター・アプローチ) を構築すること、および、予防、治療・ケア、研究・モニタリング・サーベイランス、人権など、各種領域において実施すべき課題をまとめることを主眼にした簡潔かつ包括的なものですが、2000 年に策定されたという時期の限界や、後述するように南ア政府は抗レトロウイルス治療の実施に消極的だったこともあり、抗レトロウイルス治療については、あまり記述がありません。

その後、南ア政府は 2003 年 8 月、内外から高まった国家医療プログラムにおける抗レトロウイルス療法の導入の要求を受け入れ、11 月に「南アフリカ・HIV/AIDS 包括的ケア・マネジメントおよび治療実施計画」(Operational Plan for Comprehensive HIV/AIDS Care, Management and Treatment for South Africa) を策定しました。この計画では、UNAIDS と WHO が推進していた「3×5」イニシアティブ (2005 年末までに 300 万人に治療を供給する) をにらんで、HIV 陽性者に包括的な治療とケアを提供することと、南アの全国レベルでの保健システム強化を行うことを統合