

予防の強化： ユニバーサルアクセスへの道

2005年、世界の新規 HIV 感染件数は、約 500 万件、サハラ砂漠以南のアフリカだけで 320 万件にも達した。また同年、エイズ関連疾患で亡くなった人々の数は 300 万人に達し、50 万人（57 万人）以上が子供であった。現在、HIV と共に生きている人々の総数は、4,030 万人となっており、1995 年（1,990 万人）の倍以上になっている。状況が改善している国も増えてはいるが、少数であり、エイズの流行は、それを食い止めようとするグローバルな努力をしのぎ続けている。

HIV に感染する人の数が増えるにつれて、エイズで亡くなる人も増えるというのは、不可避な事実である。低・中所得国家で抗 HIV 療法を受けている人々の数は、2001 年末から 3 倍に増えている。しかしそれでもなお、2005 年中盤時点で必要としている人々の中で同療法を受けている者の割合は、アフリカでは 10 人に 1 人、アジアでは 7 人に 1 人に過ぎない。HIV 感染拡大のらせんサイクルが打破されなければ、抗 HIV 療法及びケアを急速に拡充し維持しようという努力も根底から覆されてしまいかねない。

流行を制するためには、HIV 予防努力は、同時に治療とケアに対するアクセスを拡充する包括的な対応策の一環として、拡充・強化されなければならないという認識が、高まりつつある（国連エイズ合同計画、2005）。グローバル及び国家レベルのコミットメントとこれらの基本的努力が結びついて初めて、世界はユニバーサルアクセス（万人が予防、治療・ケアサービスを平等に利用できる状態）を達成することができ、本当の意味でエイズを制することができるようになるのである。

HIV 予防は効果を発揮している

— しかしより一層の強化が必要

課題はきわめて大きい。世界的には、HIV に感染するリスクに曝されている人々の中で基本的な予防サービスを利用できる人の割合は、5 人に 1 人以下である（国連エイズ合同計画、2004）。また、HIV と共に生きている人々の中で抗体検査を受け、自らが HIV に感染していることを知っているのは、10 人に 1 人のみである。

強い意志や協調努力に支えられた介入であれば、HIV を屈服させることができるという証拠は充分にある。多くの西洋諸国では、多様な環境における持続的な努力が男性とセックスをする男性（MSM）間の、ウガンダでは若者の、タイやカンボジアではセックスワーカーとその客の、スペインとブラジルでは注射器による薬物使用者（IDU）の HIV 発生率の低下を招く一助となってきた。また、しばらく前に創始された予防プログラムが、ケニアやザンビア、さらにはハイチ都市部における HIV 陽性率を現在低下させるのに役立っているという新しい証拠もある。

しかし、予防戦略が規模、強度、長期的なビジョンを欠いている場合もしばしばある。予防介入が、流行を制するために必要な成果を生み出すためには、短期的な視野のプロジェクトを、長期的な計画に基づく戦略に変換する必要がある。

集中的な施策が効果を発揮した場合

数々の調査は、HIV 予防努力は、集中的に（包括的かつ長期的視野に立って）行われた場合に最も効果的であることを示している。たとえば、タンザニアのムベヤ地域で実施された集中的な予防プログラムは、1994年から2000年にかけて、コンドーム使用、性感染症治療件数増加などの効果を生んだ。これらの変化は、同時期に15～24歳の女性におけるHIV陽性率を21%から15%に低下させるという効果を生んだ（Jordan-Harder など、2004）。しかし同国のムワンザ地域では、HIV 予防努力がそれほど集中的ではなく、孤立していたため、同様の効果を生まなかった。実際、同地域におけるHIV陽性率は、1994～1995年の6%から1999～2000年の8%に上昇してしまった（Mwaluko など、2003）。

エイズの流行形態がひとつだけということはない。一国においても、それはきわめて多様な形態を取りうる。したがって、予防戦略は流行の多様性に取り組むものでなければならず、正確な疫学的・行動情報により、エビデンス（証拠）に基づくものでなければならない。

HIVに対する包括的な対応を確実にを行うために、治療と予防努力は、同時に強化されなければならない。

しかしながらすべての状況にとって根本となるのは、規模、強度、一貫性、持続可能性を中核要件として含む包括的な予防戦略である。すべての戦略は、HIV 予防と治療が相互に関連し、双方が同時に促進されるものでなければならないという認識の上に立ったものでなければならない。

すべての HIV 予防努力に適用可能なその他の基本アプローチも存在する。第一には、HIV 予防は、国家政府が流行を抑制する強力な対策の実施において主導力（資源配分も含め）を発揮すべき、古典的な“公共の福祉的”介入であることを認める必要があるということである。

第二には、すべての HIV 予防戦略は、人々を HIV 感染のより大きな危機にさらす貧困、ジェンダー間の不平等、特定の人口集団の疎外などの要因とエイズとの関連性が強まっていることを必ず考慮するようにする必要があるということである。

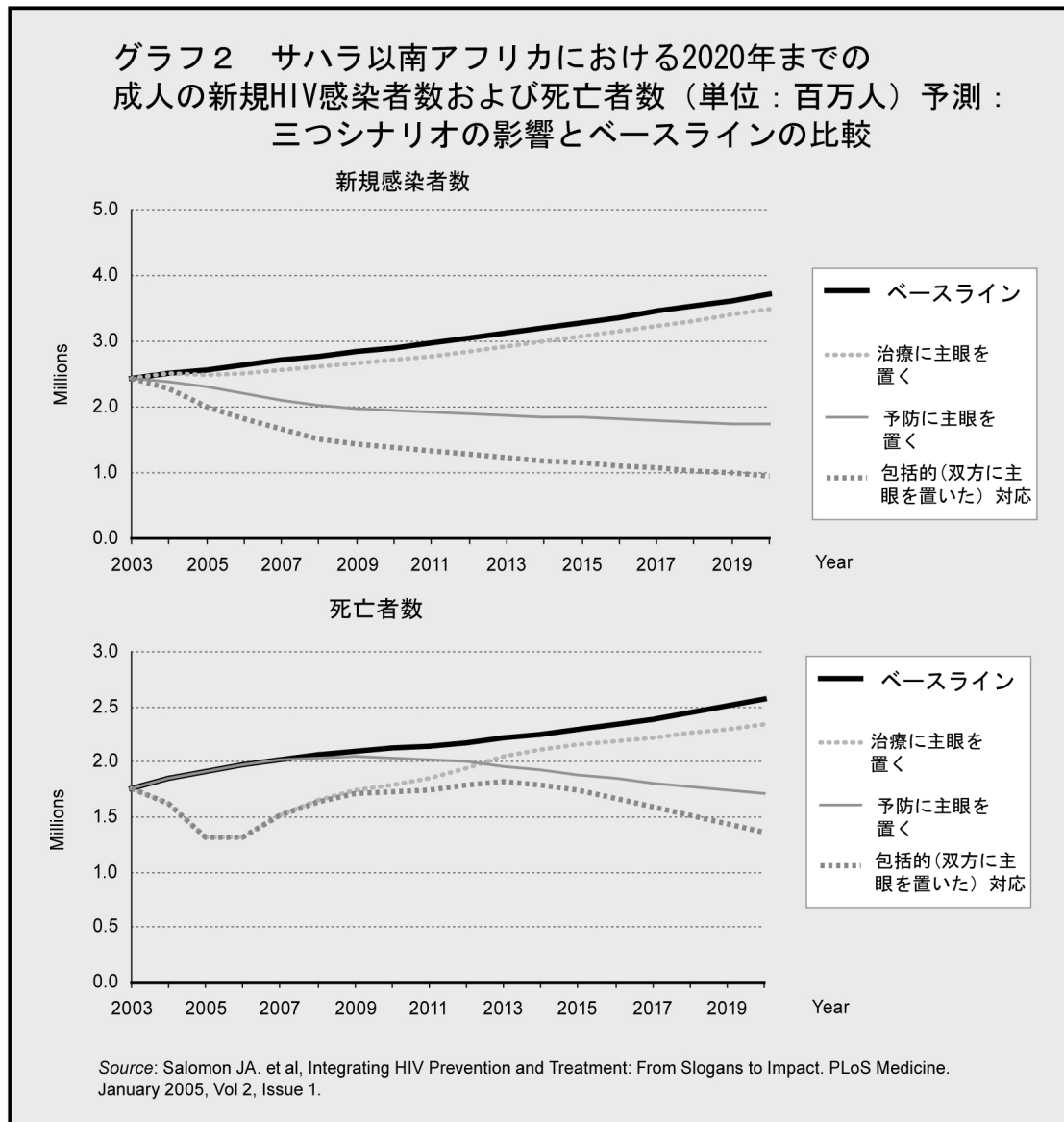
同様に重要なのが、殺ウイルス剤などの新技術の開発及び実施、女性用コンドームなど既存製品の改善などであり、これらは、対応策の選択肢を増やし、包括的な予防戦略の一部を形成すべきものである。また、長期的視野に立ったワクチン開発も必要である。

さらに、すべての予防戦略において取り入れなければならないアプローチは、スティグマ（偏見）と差別の問題に取り組むこと、HIV 感染のリスクが最も高い人々に施策が効果的に到達すること、および HIV と共に生きている人々がエイズに対する対応策により積極的に関わることである。

予防と治療は不可欠なパートナー

HIVに対する包括的な対応を確実にを行うために、治療と予防努力は、同時に強化されなければならない。 様々なシナリオを比較した数学的モデル化によれば、効果的な予防及び治療が協調して拡充されるシナリオでは、防止された新規 HIV 感染及び死亡件数双方の点で、メリットが最も大きくなることが示されている（Salomon など、2005）。その成果は明らかである。

- HIV 治療の成功は、HIV 予防にとってより効果的な環境をつくり上げることができる。
- HIV 治療を手頃なコスト負担で受けられ、持続可能なものとするためには、HIV 予防の強化が必要である。
- エイズ対策の持続的な進歩は、HIV 予防及び治療を同時に強化して初めて実現できる。



サハラ砂漠以南のアフリカでは、包括的な予防と治療の総合対策は、そのような対策が実施されなければ2020年までに起こりうるであろう新規感染件数の55%を防止できる（グラフ2参照。Salomon など、2005）。

証拠及び経験は、抗HIV療法が急速に利用可能になることが、HIV抗体検査の利用率向上に繋がることを示している。たとえばケニアでは、2000～2004年の間に検査及びカウンセリング利用率が劇的に増加し、一方でブラジルでも利用件数が2001～2003年に3倍以上に増加している（WHO “3 by 5” Progress Report、2005年6月）。ウガンダでも同様の事態が起こっている。利用者不足から閉鎖を余儀なくされた後、ウガンダ・マサカのカウンセリング及び抗体検査クリニックが、同じ病院で抗HIV療法プログラムが始まった2002年に再開された。その数ヶ月後、5,000人以上の人々が自発的にカウンセリング及び検査を受けたが、これは2000年の数字の17倍に匹敵する（Mpiima など、2003）。これにより、ヘルスワーカーが人々にその検査結果に応じてHIV予防について教育する機会が与えられた。

治療と強化されたコミュニティーアウトリーチを利用できることが、エイズに対するより開放的な姿勢につながり、それが、スティグマや偏見を打破する一助となる。南ア共和国のカエリチャで抗HIV療法が導入された後に実施された健康調査では、調査対象となったその他の抗HIV療法が導入されていない7カ所と比較して、より高いコンドーム使用率、エイズクラブに進んで参加する姿勢、HIV抗体検査の受容などが見られた（WHO、2003）。

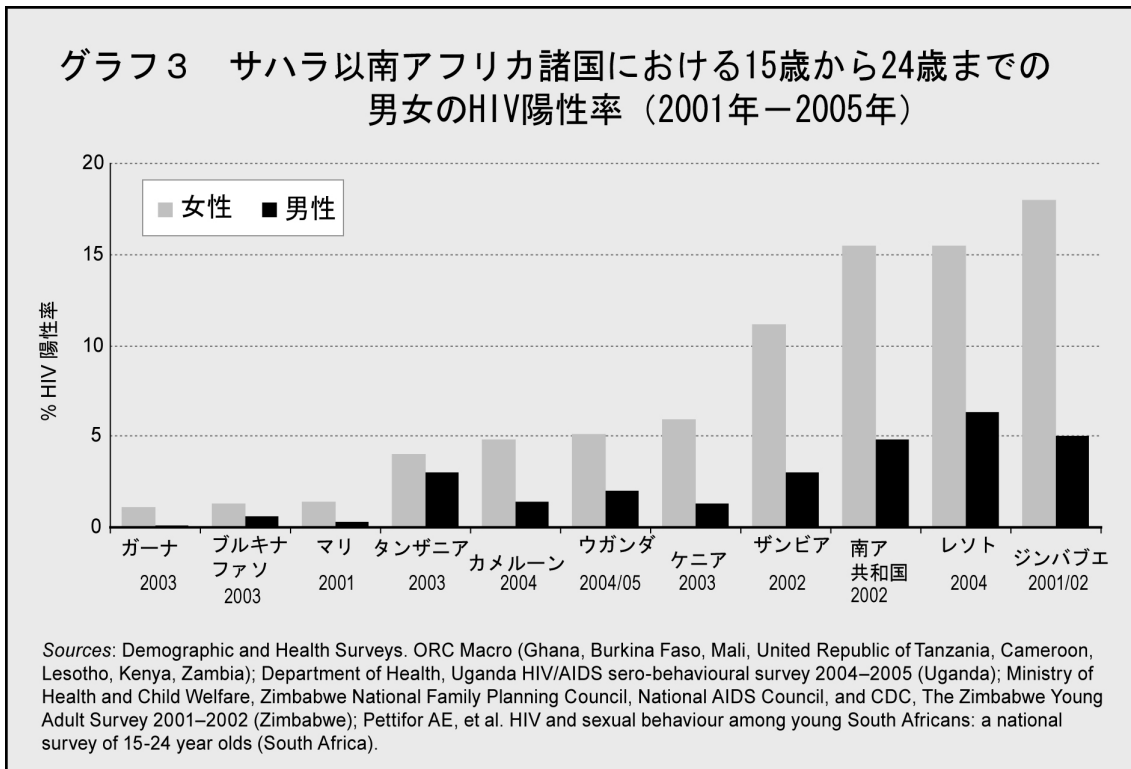
しかし一方で、治療へのアクセスが高まるに連れて、別の課題も浮上してくる。複数の高所得国

で抗 HIV 療法へのアクセスが拡充するに連れて安全でない性行動が増加しているという証拠がある（米国疾病対策予防センター、2002；Stolte など、2004）。変化する予防ニーズ、課題及び機会に関する我々の理解を高めるためのより強力なオペレーショナルリサーチを実施する必要がある。

HIV を具体的状況の中で捉える

効果的であるためには、予防プログラムは、人々が生活している状況に注目しなければならない。

女性及び少女の権利と地位は特別な注目に値する。サハラ砂漠以南のアフリカ及びアジアからヨーロッパ、ラテンアメリカ、太平洋地域まで世界中で、HIV に感染している女性の数は増え続けている。最も高いリスクに曝されているのは、しばしば、収入がほとんど、あるいはまったくない女性たちである。政治的、社会的、文化的、人間的安全性要因も含めた広範な不平等が、女性や少女の状況を悪化させている。



いくつかのアフリカ南部諸国では、HIV と共に生きている全若者の 4 分の 3 以上が女性であり（WHO アフリカ地域事務所、2003；生と生殖に関する健康リサーチユニット及び医療リサーチユニット、2004）、サハラ砂漠以南のアフリカ全体では、15～24 歳の若い女性は、若い男性より HIV 陽性である可能性が少なくとも 3 倍に達する（国連エイズ合同計画、2004）。

多くの国で、結婚をしても、また、貞操を守っていても、女性を HIV 感染から護るのに充分ではない。ハラレ（ジンバブエ）、ダーバン及びソウェト（南ア共和国）の女性では、66%が生涯に付き合ったことがある男性は 1 人である、79%が少なくとも 17 歳（世界の大多数の国の初性体験のおおよその平均年齢）までは性交渉を行わなかったと回答している。しかし、若い女性の 40% が HIV 陽性であった（Meehan など、2004）。多くの女性が、1 人のパートナーに貞操を守っていたにもかかわらず感染したのである。コロンビアでは、妊産婦診療所で HIV 陽性のテスト結果が出た女性の 72%が、1 人の相手と安定的な関係を保っていると述べている。またインドでは、新規感染のかなりの部分が、結婚しているが、（現在または過去に）セックスワーカーを頻繁に利用した夫から感染した既婚女性の間で発生している（アジアの章を参照）。

近いパートナーによるものであれ、見ず知らずの他人によるものであれ、女性や少女に対する性的及びその他の形態の虐待が彼女たちが HIV に感染する可能性を高めることを、証拠が示している。女性や少女に対する高いレベルの性的暴力が、世界中の国々で報告されている。調査では、たとえばバングラデシュ、ブラジル、エチオピア、ナンビア、タイなどの3分の1から2分の1の女性が、自らのパートナーにより身体的及びあるいは性的に暴行を加えられたと述べている (WHO, 2005)。HIV 予防活動を成功させるためには、法改正 (所有権も含む) 及び女性や少女への暴力の問題に取り組み、減少させる女性の権利促進などのその他の努力がともに行われる必要がある (Maman など、2000)。

HIV に対するスティグマ (偏見) とその結果生じる実際のまたは想定上の差別は、効果的な HIV 予防対策にとって恐らく最も大きな障害であると思われる。

また、ジェンダーによる不平等の問題に長期的な影響を与えるためには、HIV 予防努力に男性や少年を関与させることも必要である。男性を関与させることは、彼らが女性及び少女の HIV に対する脆弱性を左右するだけでなく、男らしさやジェンダーについての社会慣習上の規範が、それにより男性が自らの健康をリスクに曝し、自らの身を守るために必要な情報やサービスを拒むような行動に従事することを奨励する場合、彼らの HIV に対する脆弱性を高めるが故に重要である。男性は女性と同様に、伝統的なジェンダー規範に影響されている。男女双方を HIV 感染から護ろうとし、男性が HIV 予防においてより責任のある役割を担うように奨励するためには、こうした問題に取り組み、変えなければならない。ジェンダー規範を身に付けていく社会化という意味で、特別な注意が少年に向けられる必要がある (国連エイズ合同計画、2005)。

また、予防プログラム諸施策が完全に効果を発揮するためには、すべての年齢グループの人々を対象としなければならない。いくつかの国で年長者の間の感染率が上昇する傾向が出現しており、これは、この年齢グループに対する予防努力の大きな欠落を示唆するものである可能性がある。南ア共和国では、34 歳以上の女性の HIV 陽性率の上昇が特に著しく、またボツワナにおいても、同様のパターンが出現しており、15~24 歳までの妊婦では、感染率は 1999 年以来横這い状態であるのに、25 歳以上の妊婦では、1992 年以来陽性率は一定のペースで上昇し、2003 年に測定された際には、43%に達していた。ボツワナの年長者男女の感染レベルは予想以上に高く、45~49 歳で 29%、50 代前半で 21%に達している。

スティグマと差別：効果を弱める要因

HIV に対するスティグマ (偏見) とその結果生じる実際のまたは想定上の差別は、効果的な HIV 予防対策にとって恐らく最も大きな障害であると思われる。 スティグマと差別は、世界的な流行を阻止しようとする努力の効果を弱め、流行のさらなる拡大を後押しする理想的な風土を醸成してしまう。

HIV に対するスティグマは、怖れ、そしてエイズをセックスや疾病、死、さらには、婚前性交渉、婚外性交渉、セックスワーク、男性間のセックス、注射器による薬物使用などの違法であったり、禁じられていたり、またはタブーである場合もある行動と関連付けることから派生する。スティグマは、HIV に関する気付きや知識の不足からも派生する。そのようなスティグマは、特定の人々やグループをスケープゴートにし、彼・彼女らを責め、罰したいという衝動に油を注ぐ。スティグマは、既存の偏見や排除パターンに乗じて、HIV 感染に対してすでにより弱い立場にある人々をさらに弱い立場へ追いやってしまう。また、スティグマを怖れることで、HIV と共に生きている人々は、HIV 予防努力によって重要な指導的役割を果たす意欲を失ってしまう。

スティグマは、他者を直接的に害し、彼らがサービスや権利を享受できなくなるような方法で人々に行動させるよう駆り立てるが、それは、HIV に関連した差別という形態を取る行動である。スティグマは、予防サービスが利用可能になっている場合でさえも、多くの人々がより安全なセックス

HIV と共に生きる人々の予防対策への参加

HIV と共に生きる人々は、HIV 予防推進に貢献しうる有能な人材の宝庫である。流行の始めから、流行予防戦略は、その計画、実施及び評価に HIV と共に生きている人々に有意義な方法で参加してもらうことでより効果的なものとなってきた。ジーパ (GIPA = Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS: HIV/エイズと共に生きる人々の一層積極的な参加) という原則は、HIV/エイズと共に生きる人々が、国家・地域・世界レベルのエイズ対策に、全面的に参加することを保証することによって、対策を推進する政治的・法的・社会的環境の創生を促すことを目的としている。ジーパ原則は 1994 年のパリ・エイズサミットで 42 カ国が合意して、公式に承認されたものである。しかしながら、HIV 予防戦略は、HIV に感染していると診断された人々の特有の予防ニーズの取り込みや、彼らの意義のある参加のための能力構築に失敗してきた。彼らの参加が名ばかりのものに過ぎないレベルにとどまる場合もしばしばであった。しかし効果的な対応をするためには、こうした状況を変えなければならない。

HIV と共に生きる人々にとっての予防の目的は、新たな性感染症に感染することを避け、HIV 関連の疾病の進行を遅らせ、HIV の他者への感染を回避できるように彼らをエンパワーすることである。予防カウンセリング戦略は、HIV 感染に関する知識を高め、より安全なセックスの実践スキルを高める。その他の HIV 予防戦略には、サービスと予防必需品提供の規模拡大、重点化と改善、一方が HIV 陽性で他方が陰性のカップルに対するサービス、人権保護、コミュニティー動員能力の強化、アドボカシー・政策変更、及びコミュニティーアウェアネス (HIV に対する気付き) 支援などが含まれる (国際 HIV/エイズアライアンス、2003)。これらの戦略は個別ではなく、組み合わせられて効果を発揮する。

を実践し、HIV 検査を受け、感染していることをパートナーに打ち明けたり、あるいは治療を求めることを妨げる。たとえばウガンダでは、調査対象となった女性の半数以上、男性の半数弱が、自らが HIV に感染していることを家族のメンバーに打ち明けたくないと答えている (ウガンダ保健省、2005)。また、ケニアのナイロビ、ウガンダのカンパラ及びマサカの若者を対象にした調査では、現実の秘密保持性の欠如、またはその恐れが、経済的に利用しにくいことと同じくらい、自発的検査やカウンセリングサービス利用の阻害要因となっていることが明らかになっている。

社会的に弱い立場に立たされた人々における HIV 予防

社会の周辺部分に追いやられた人々は、特別な感染リスクに曝されている。このような人々における感染を防止することは、世界の多くの地域で感染率を抑止する際に大きな役割を担う。社会的に弱い立場に立たされた主な人々は、セックスワーカー、注射器による薬物使用者 (IDU)、囚人、そして男性とセックスをする男性 (MSM) である。

インド・カルカッタのソナガチ地区で創始されたようなセックスワーカー・プロジェクトは、集中的な絞ったプログラムの実施により、HIV 感染リスクの低減が可能になることを示した (P.33~34 参照)。より大きな規模では、タイは、その HIV 戦略をリスクの高い商業的セックスの減少に絞ることで新規 HIV 感染件数を 1991 年の 14 万人から 2003 年の 2 万 1,000 人へと減らすことができた (P.40 参照)。それほど劇的ではないが同様の成果も、カンボジア (成人の国家レベルの HIV 陽性率が 1997 年の 3% から 2003 年には 1.9% に減少) とセックスワーカーに対する集中的なプログラムが実施されたセネガル (HIV 陽性率がすでに 10 年にわたって低く横這い化している) で明らかになっている。しかし、個別の成功事例はいくつかあるものの、グローバルなレベルでは、セックスワーカーを予防対策の対象に含める率は低い。たとえば、東地中海沿岸諸国では、HIV 予防プログラムの対象となっているセックスワーカーの割合は、0.5% であった (国連エイズ合同計画など、2004)。

注射器による薬物使用は、インド、インドネシア、イラン、リビア、パキスタン、スペイン、ウクライナ、ウルグアイ及びベトナムなどの非常に多くの国々で流行を広げている。また、セックス

ワーカーとその客、そして IDU のネットワークが重複することで流行にさらに勢いが加わってしまっている国もある。ブラジル及びスペインなどの国々でハームリダクション（害の緩和）プログラムがある程度の成功を収めているという事例もあるが、多くの国々で IDU を対象にした予防プログラムが、持続的な効果を生むのに十分なほど広範なスケールでは実施されていない。IDU 及びその性交渉の相手を対象にしたコンドームの提供及び薬物代替療法などの要素を含む包括的な戦略を緊急にスケールアップする必要がある。

今日、世界では 1,000 万人の人々が刑務所に収監されている。大多数の国々で、収監されている人々の HIV 感染レベルは、一般国民よりも有意に高くなっている。ロシア連邦では、刑務所システムが、そこに収監されている人の数に比較して不釣り合いなほど大きな被害を受けている。同国の刑務所における HIV 陽性率は、一般の国民の間の陽性率よりも少なくとも 4 倍高いと推定されている。またイランでは、収監が HIV 感染の最も大きなリスク要因となっているように思われる。こうした調査結果から、刑務所内における包括的な HIV 対策を導入する必要性が浮かび上がる（東ヨーロッパ・中央アジアの章を参照）。

性感染症と HIV の感染拡大に関する一般に対する情報提供キャンペーンを、 強化すべきである。

ラテンアメリカ、カリブ海沿岸諸国、アジア、中央ヨーロッパ、さらにはおそらくそれほどではないが、東ヨーロッパやアフリカなどの多くの地域における流行で、男性間のセックスが担っている目立った役割については十分に研究されたり、取り組まれたりしていない。世界の大多数の地域で、MSM を対象にした効果的な予防プログラムに情報を提供するために必要な疫学的及び行動データが不足している。実際に存在するデータが示すのは、MSM の感染率が高いレベルに達しているということである。たとえば、タイのバンコク、インドのムンバイでは、最高 17%もの HIV 陽性率が MSM 間で検知されており、さらに、コロンビアのボゴタでも、20%という陽性率が検知されている（Montano など、2005）。MSM が HIV によりきわめて深刻な被害を被っているというデータが存在する場所でさえ、多くの国々で、彼らの予防ニーズは、ほとんど無視されている。

若者、女性や少女、貧困の中で生きている人々、移民労働者、紛争及び紛争後の状況下で生きている人々、難民や国内難民となった人々なども、その特別な弱い立場を考慮し、彼らの予防、治療・ケアの情報・サービスへのアクセスを向上させるスケールアップした介入を必要としている。

性感染症と HIV の拡大

性感染症を予防し、治療することで、HIV 感染のリスクを減らすことができる。このことは、セックスワーカーやその客など、数多くの性交渉の相手を有する可能性が最も高いグループの構成員に特に当てはまる。しかしながら、性感染症の予防と治療は、成功する可能性のある予防戦略の中では、とりわけ、サハラ砂漠以南のアフリカで、十分に活用されていない要素のままである。

梅毒、淋病、クラミジア、トリコモナス症、性器ヘルペスなどのその他の性感染症に感染することで、感染している人と感染していないパートナーとの間の無防備なセックスにより HIV が感染する確率が高まる。たとえば、サハラ砂漠以南のアフリカでは、HSV2 ウイルス（単純ヘルペスタイプ 2）への感染は、HIV 感染と強く関連していると思われる（Auvert など、2001 ; Hayes など、1998 ; McFarland など、1999）。治癒不可能な HSV2 は、生涯にわたって周期的に性器に潰瘍をつくる。ジンバブエやタンザニアにおける調査では、2つのウイルスは互いに相性がよく、各々が、人がどちらか一方のウイルスに感染したり、他方のウイルスを感染させたりする確率を高める（McFarland など、1999 ; Del Mar など、2002）。また、バクテリア性膣炎（出産年齢の女性が発症する一般的な膣炎症）と HIV の関連を示唆する調査もある。南ア共和国で実施された新しいリサーチによれば、バクテリア性膣炎に感染することで、女性が HIV に感染する確率が 2 倍に高まることが示されている（Myer など、2005）。

男性用ラテックス製コンドームは、HIV 及びその他の性感染症を減らす最も効果的な入手可能なテクノロジーである（国連エイズ合同計画/国連人口基金/WHO、2004）。大多数の性器感染症は、コンドームを使用することで予防でき、多くのバクテリア性・性感染症（梅毒、淋病及びクラミジ

ア)なども、抗生物質で容易かつ低コストで治療可能である(国連エイズ合同計画、2004a)。ところが、不幸なことに、サハラ砂漠以南のアフリカのほとんどの地域では、性感染症に関する治療プログラムの実施状況にバラツキがあり、この地域のほとんどの国々は、性感染症の診断及び治療により HIV 感染率を減少させる潜在的な効果の恩恵に浴していない。特に若者は、性感染症についてほとんど知らない傾向がある。自らが感染しているのではないかと疑う人々が治療を受けるのに消極的であることも多く、その理由は、恥ずかしさ、秘密保持の原則が護られないのではないかと懸念、ヘルスケア提供者に非難されたり、道徳的に責められるのではないかと懸念、高額な治療コストなど、様々である。

性感染症と HIV の感染拡大に関する一般に対する情報提供キャンペーンを、強化すべきである。

特に若い人をターゲットにして強化すべきである。性感染症治療クリニックで秘密保持の原則を保証すること、若者にフレンドリーなサービスを促進し、治療拠点数を増やすこと、そして性感染症診断及び治療を家族計画や生と生殖に関する健康サービスと統合することなどの方策の実施が必要である。

子供への重点施策：HIV がない状態で人生を始める

HIV 感染予防策が取られなければ、HIV 陽性の女性の下に生まれてきた子供の約 35%は、HIV に感染することになる。子供たちを感染から護るカギを握るのは、両親の感染を防止することである。母子感染の防止は、第一次予防、治療及びケア、母親とその子供及び家族へのサポートにとってきわめて重要な出発点である。家族計画サービス、母親及び新生児への抗 HIV 薬剤の提供、安全な分娩の選択肢、新生児授乳カウンセリング及び支援などが、母子感染防止プログラムの主要構成要素である。このような包括的なアプローチを実施することで、工業化諸国では、母親から新生児への HIV 感染をほぼ防止している。しかしながら、陽性率が高い国々では、エイズが 5 歳以下の子供の死亡原因となるケースが増加している。アフリカでは、その割合は、1990 年の 2%から 2003 年には、6.5%に上昇した (WHO, 2005a)。

母子感染防止サービスの普及状況は、多くの場所(バルバドス、ボツワナ、タイ、ウクライナ、ウルグアイ、ザンビア)で向上した。しかしながら、サハラ砂漠以南のアフリカの大部分では、母子感染防止サービスの普及は未だはるかに不足しており、2003 年に HIV 陽性率が最も高かったこの地域の 30 のアフリカ諸国では、防止サービスの普及率は約 5%であった。母子感染防止サービス拡充にとっての障害は、不適切な出産前のケアサービス、妊婦自身が、自らが HIV に感染しているかどうかを知らないこと、スティグマと差別などがある(国連エイズ合同計画、2004a)。抗 HIV 療法による予防措置への不十分なアクセスも、主たる懸念事項である。たとえば、南ア共和国では、HIV 陽性であることが判明した約 3 万 3,000 人の妊婦のうち、わずか 1 万 8,857 名しか抗 HIV 療法による予防措置を受けていなかった。ケニア及びモザンビークでも、その割合は同様である。対照的に、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエでは、陽性が判明したほぼすべての女性が、抗 HIV 療法による予防措置を受けていると報告されている。

その他、はるかに基本的なハードルも存在する。母子感染防止サービスを提供された女性のかなりの割合の人々が、検査前カウンセリングを受けていない。ガーナ及びタンザニアでは、検査前カウンセリングを受けている女性の割合は、ほぼ半分であり、ナイジェリアでは、4 分の 1、ブルキナファソでは、わずか 18%、ザンビアではわずか 13%であった。目立った例外は、ベニン、ケニア、ルワンダ、南ア共和国、ウガンダ、ジンバブエであり、これらの国々では、母子感染防止サービスを受けた 70%の女性が、検査前カウンセリングも受けていた。さらに、陽性率が高い国々のかなりの数の女性が、HIV が母親から子供に感染する可能性があることを知らなかった。このような知識の不足が、しばしば、保健サービスの提供者がすでに過重労働と時間不足に悩んでいる環境で、カウンセリング業務を困難なものとしている。

子供の新規感染を避けるために、母子感染防止サービスが高い質を保ち全国的に確実に普及するよう、同サービスを拡充するべきである。

万人にアクセスを保证する

近年では、予防、治療、ケアから構成される包括的 HIV 対策が必要であるという国際的なコン

センサスが高まった。政治家の意欲も高まり、市民社会グループによるアドボカシーも高まっている。さらに、エイズ対応策のために利用可能な国際レベル及び国家レベルの財源も大きく増加した。これらの進展により、エイズの被害を受けているすべての国々が予防・治療・ケアへのユニバーサルアクセスに向けてより一層努力を強化し、弾みをつける大きな機会が生まれている。

2005年6月、メンバー国家、共同スポンサーの国連諸機関及び市民社会などから成る国連エイズ合同計画の理事会が、HIV予防、治療、ケアに対するユニバーサルアクセスを達成するという究極の目的を掲げたHIV予防強化のための政策提言書を承認した。この政策提言書には、予防措置の不足を埋めるために活用することができる効果が証明されたプログラムやアクションの概要と、ユニバーサルアクセスを保証するために必要となるであろう12の最も基本的な政策アクションが含まれている（以下の囲み記事参照）。

国連エイズ合同計画のHIV予防強化政策提言書には、HIV予防のために不可欠な政策及びプログラムに基づくアクションが詳述されている。

HIV予防に不可欠な政策行動

1. 人権が促進、擁護及び尊重され、差別を根絶し、スティグマ（偏見）と闘うための方策が取られること。
2. 政府、影響を受けているコミュニティ、非政府組織、信仰に基づく組織、教育セクター、マスコミ、民間及び労働組合などの社会のあらゆるセクションによるリーダーシップを構築し、維持すること。
3. 予防戦略の計画、実施及び評価にHIVと共に生きる人々に参加してもらい、不可欠な予防ニーズに対応すること。
4. 文化的な規範や信念に、それらが予防努力の支援に果たす重要な役割及び、それらがHIV感染を拡大させる可能性の双方を認識しながら、取り組むこと。
5. 女性及び少女の感染に対する脆弱性を減らすために、男性や少年もその施策の中に参加させつつ、ジェンダー間の平等性を促進し、ジェンダーに基づく規範に取り組むこと。
6. HIVがどのように感染するか、感染をどのように防ぐことができるかについての知識と気付きの普及を促進すること。
7. HIV予防と性の健康及び生と生殖の健康の結びつきを促進すること。
8. 予防、ケア、治療の連携におけるコミュニティベースの対応の強化を促進すること。
9. 主たる影響を受けている集団及び人々のHIV予防ニーズに的を絞ったプログラムを促進すること。
10. 全セクターにおいて、特に保健及び教育部門などにおいて、財政的・人的・組織的能力を動員し、強化すること。
11. 効果的で証拠に基づくHIV予防施策に対する障害を除去し、スティグマや差別と戦い、HIVと共に生きる人々または、HIV感染に関して弱い立場にある、あるいは、そのリスクが高い人々の諸権利を擁護するための法的枠組みを検討・改革すること。
12. 新しい予防テクノロジーの研究開発、そのためのアドボカシー活動に対して十分な投資が行われるよう保証すること。

HIV予防のための不可欠なプログラムに基づく行動

1. HIVの性的感染を予防する。
2. HIVの母子感染を予防する。
3. ハームリダクション施策も含め、注射器による薬物使用によるHIV感染を予防する。
4. 血液供給の安全性を保証する。

5. 保健施設における HIV 感染を予防する。
6. 自発的な HIV カウンセリング及び検査に対するアクセスを促進し、同時に、秘密保持と同意の原則を促進する。
7. HIV 予防をエイズ治療サービスに統合する。
8. 若者間の HIV 予防に重点的に取り組む。
9. 個人が自分自身を感染から守れるようにするために HIV 関連の情報と教育を提供する。
10. HIV 関連のスティグマと差別に対峙し、それらを緩和する。
11. ワクチン及び殺ウイルス剤へのアクセス及び使用の準備をする。

国連エイズ合同計画理事会が示したこの見解は、最近表明されたグローバルなレベルでの、政治家によるコミットメントによっても確認されている。2005年にグレンイーグルで開かれたG8サミットにおいても、参加国は、2010年までに必要としているすべての人々にできる限り万人を対象にした治療アクセス提供を達成するという目標を掲げた HIV 予防、治療及びケア総合対策の策定及び実施を約束した。また国連総会 2005年世界サミット結果報告書の中でも、ユニバーサルアクセスに向けての施策拡充というコンセプトが採用されている。

これらの意志表明は、予防対策の強化と、治療及びケア目標の拡充は、ひとつが達成されてからもうひとつの目標に取り組む、あるいはひとつひとつばらばらにではなく、すべてを同時に実現しなければならないという見解を増進させるものである。

効果が証明されている幅広いプログラムやツールの利用可能性を維持することが、ユニバーサルアクセスを保証するためのカギを握る。プログラムは、他国からの“ベストプラクティス”アプローチの採用と共に、国内の経験及び証拠に基づき、選択・実施されるべきである。包括的な HIV 予防プログラムを実施することで、2002年から2010年の間に起こりうる4,500万件の新規感染の中、2,900万件(63%)を防止することができると推計されている(Stoverなど、2002)。総合的 HIV 予防プログラムは、治療及びケアの包括的な提供と併せて実施された場合に、新規 HIV 感染及び死亡を食い止めるという意味で最大の効果を発揮する(Salomonなど、2005)。

エイズは、知的で力強く、そして並外れた対応策を必要とする。うまく調整されていない努力や、部分的な解決策しか提供しない努力は、新規感染件数の有意な減少をもたらさない。このグローバルな流行の拡大を緩慢化させ、食い止めるためには、予防、治療及びケアすべてに対するユニバーサルアクセスが早急に求められる。世界各国がこのような方法で力を合わせて、同時に、かつ積極的に HIV 予防、治療、ケア施策を拡充させれば、流行を封じ込め、縮小させる本当の意味で包括的なエイズに対するアプローチを達成することができるであろう。

新しい予防方法：ユニバーサルアクセスのための革新

女性用コンドーム

避妊に効果的であり、使用者にとっても受け容れやすいものであることが示されているが、女性用コンドームは、そのコストが比較的高いために、国家レベルのプログラムでその潜在的可能性を完全には実現していない。新しいバージョンの Reality®女性用コンドームは、合成ニトリル製であり、そのため相当に低価格である。この新しい避妊具は、幅広く受け容れられ、活用される可能性を有している。この新しい避妊具の高い使用率が達成可能であれば、望まれない妊娠や HIV も含む性感染症の予防に相当の効果を発揮するであろうと期待されている。新しい女性用コンドームに加えて、ペッサリーの効果や、子宮頸管を HIV/STI 感染から護るその他の方法を試験するトライアルが進行中であり、2006年にはその結果が出る予定である。

男性の割礼

南ア共和国で行われた最近の調査で、割礼をしている男性の感染の可能性は、割礼をしていない男性よりも少なくとも 60%低いという結果が出た。ただし、男性の割礼を特定の HIV 予防ツールとして奨励できるようになるためには、この有望な調査結果を、ケニアやウガンダで現在進行中の調査により確認しなければならない。もし、効果が確認されれば、男性の割礼は、効果が証明された利用可能な HIV 予防の選択肢を増やすことになるが、ただし、その一方で、それが、正しい一貫したコンドームの使用、行動変容及び自発的検査やカウンセリング利用などの既存の効果的な戦略放棄の原因となってはならない。また、男性の割礼は、男性の HIV 感染リスクをゼロにするものではなく、また、男性の割礼が女性の HIV に感染リスクにどのような効果を有するかは知られていない。また、割礼が現在行われていない文化において、割礼が HIV 感染リスクを減らすものなのか、減らすとすれば、どの程度減らすものであるのかを明らかにするのも、今後の課題である。

殺ウイルス剤

殺ウイルス剤は、女性がコントロールできる予防方法としては最も有望なものである。これは、HIV の流行に大きな影響を持ちうる。現在、HIV 殺ウイルス剤には、フェーズⅢの臨床試験段階を迎えつつある、あるいはすでにその段階にある 4 種類の候補、フェーズⅡの臨床試験段階にある 5 つの候補、フェーズⅠの段階にある 6 つの候補がある。それらには、石けん、酸緩衝剤、海藻から抽出された物質、抗 HIV 化合物などがある。数学的モデル化によれば、60%の効果の殺ウイルス剤でも、HIV 感染に相当の影響を与えることが証明されている。深刻な流行を抱える国々で 20%の女性が常用するだけでも、3 年間で相当数の新規感染が避けられる可能性がある (Rockefeller, 2001)。

暴露前予防投薬

HIV の性的感染、そして恐らくは注射器による感染を予防する暴露前予防投薬 (PrEP) は、予防措置を講じても HIV に曝される可能性のある一方が HIV 陽性で他方が HIV 陰性のカップル、セックスワーカー、MSM、IDU に効果が期待できる方法である。中小規模のフェーズⅡの臨床試験がアトランタ及びサンフランシスコで進行中であり、ボツワナ、ガーナ、そして恐らくタイで大規模なフェーズⅡ/Ⅲの臨床試験が実施中、あるいは計画されている。しかしこれらの研究のいくつかには議論が付きまとっている。主たる論点は、臨床試験前のコミュニティーコンサルテーションとインフォームドコンセントの適切性、当初から感染していると判定された、あるいは調査の途中で感染していると判定された人々に対する HIV 治療への橋渡し、また、タイの場合は、IDU 間の HIV 感染を検証するために企画された調査における清潔な注射針へのアクセス不足であった。2 件 (カンボジア、ナイジェリア) の PrEP 調査がキャンセルされ、もう 1 件 (カメルーン) が延期された。コミュニティー活動家、研究者、スポンサー、その他の人々も参加して行われたシアトルにおけるコンサルテーション、2 つのアフリカ地域、アジア、ジュネーブで国連エイズ合同計画が主導した一連のコンサルテーションは、この有望な研究分野のトライアルの計画における問題の識別に役立った。トライアルは、他に 6 カ所で進んでいる。

ワクチン

HIV を克服するワクチンは、我々にとって最大の期待の星である。しかしワクチン開発は、不十分なリソース、臨床試験と規制側の懸念、知的財産についての問題、そして科学的な意味での困難さなど、きわめて困難な課題を抱えている。現在フェーズⅠの臨床段階にあるワクチン候補が 17、フェーズⅠ/Ⅱの段階にあるワクチンが 4 つ (抗 HIV 細胞媒介性免疫を刺激する可能性のある現在フェーズⅡb の段階にある有望なメルク社のアデノウイルス・ベクターワクチンも含む) ある。またフェーズⅢの段階にあるものはひとつだけである (米国国立衛生研究所/国防総省の ALVAC vCP 1521 カナリアポックスベクター/AIDSVAX プライムブーストワクチンの臨床試験が現在タイで進行中)。グローバル HIV ワクチンエンタープライズは、戦略的科学プランを中心に世界中の科学者、活動家、資金提供者、その他の人々を集結し、世界的な HIV の流行を食い止めるという長年の夢の実現にとって最良の方法である効果的な HIV ワクチンの開発に向けての進展を速めている。