

08

Report on the global AIDS epidemic

世界のエイズの流行に関する報告

Executive summary



この日本語版は、(財)エイズ予防財団により準備されました。この冊子は非売品ですが、HIV/AIDS に取り組む関係諸機関に無料配布しております。もし翻訳上の食い違いがありましたら、英語原版の内容を正当とします。
This is the Japanese version arranged by Japan Foundation for AIDS Prevention (JFAP) for the convenience of Japanese readers. This copy is not for sale. JFAP distributes this copy to various organizations without any charge. In case of any discrepancies of the translation, original language will govern.

UNAIDS/08.25E / JC1510E (English original, August 2008)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2008.

All rights reserved. Publications produced by UNAIDS can be obtained from the UNAIDS Content Management Team. Requests for permission to reproduce or translate UNAIDS publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should also be addressed to the Content Management Team at the address below, or by fax, at +41 22 791 4835, or e-mail: publicationpermissions@unaids.org.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNAIDS concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by UNAIDS in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

UNAIDS does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Cover photo: UNAIDS / N. Lieber

この著作に関するあらゆる権利は UNAIDS (国連共同エイズ計画) および WHO (世界保健機関) が保有します。UNAIDS/WHO が協同で出版した著作物は UNAIDS 広報センターから入手できます。UNAIDS 著作物の複製あるいは翻訳の許可申請は、商業的・非商業的利用のどちらの場合でも、UNAIDS 広報センター宛てに出してください。

E メール publicationpermissions@unaids.org あるいは FAX (+41-22-791-4187) でも申請可能です

この著作物に記載されている地名・情報は、国・領土・地方自治体・地域の法的地位・権限に関して、および、境界線・境界地帯の境界線決定に関して、UNAIDS/WHO のいかなる意見を述べるものではありません。

特定の会社名あるいは製造業者の製品に関する情報は、UNAIDS/WHO がその会社。製品を、本著作物に記載されていない同じ性質を持つ他会社・他製品と比較して、支持・推奨するものではありません。誤りや脱落したものを除いて、特許薬品名は大文字のイニシャルで識別してあります。UNAIDS/WHO はこの著作物に記載してある情報が、完璧・正確であると保証するわけではありません。またこの著作物に記載してある情報を利用した結果生じうる損害についても、UNAIDS/WHO は法律上の責任を負いません

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008.

"UNAIDS/08.25E / JC1510E".

1.HIV infections – epidemiology. 2.HIV infections – therapy. 3.Acquired immunodeficiency syndrome – epidemiology. 4.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. I.UNAIDS.

ISBN 978 92 9 173711 6

(NLM classification: WC 503.4)

UNAIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

2008 Report on the global AIDS epidemic



HIVに関する世界的な課題：進捗の評価、障害物の特定、新たなコミットメント

「2008年度エイズ最新情報」が発行される2008年は、2001年の「HIV/AIDSに関するコミットメント宣言」（以下、コミットメント宣言）と、2015年までにエイズの流行を阻止し、その後減少させるとした「ミレニアム開発目標」の間のちょうど折り返し点にあたる。また、本報告書の発行から2年後には、HIVの予防、治療、ケアとサポートへのユニバーサル・アクセスという目標を達成すると国際社会が合意した2010年がやってくる。今はまさに、HIV対策を評価し、各国が公約したHIVに関するコミットメントを確実に達成するために何をなすべきかを理解する上での重要な貴下である。

本報告書には各国のエイズの流行の状況とともに、多くの国における著しい進歩が記れている。2001年から2007年にかけて、低・中所得国のHIV関連プログラムへの支出は6倍になった。このような資金調達の成功は、エイズによる死亡者数の減少や、新たな感染の予防というかたちで、多くの国で実を結び始めている。だが、このような進歩も皆が同じではない。流行の行方はいまだに明らかではなく、HIVの予防、治療、ケアおよびサポートへのユニバーサル・アクセスに向けての強力なアクションが必要であることがあらためて浮き彫りになっている。

2001年の「コミットメント宣言」の実施に関する、147ヶ国からの報告はHIV対策に対する最も包括的な評価を提供している。図1が示すように、2008年にHIV対策の進捗状況を報告した国の数は、前回よりも格段に多い。

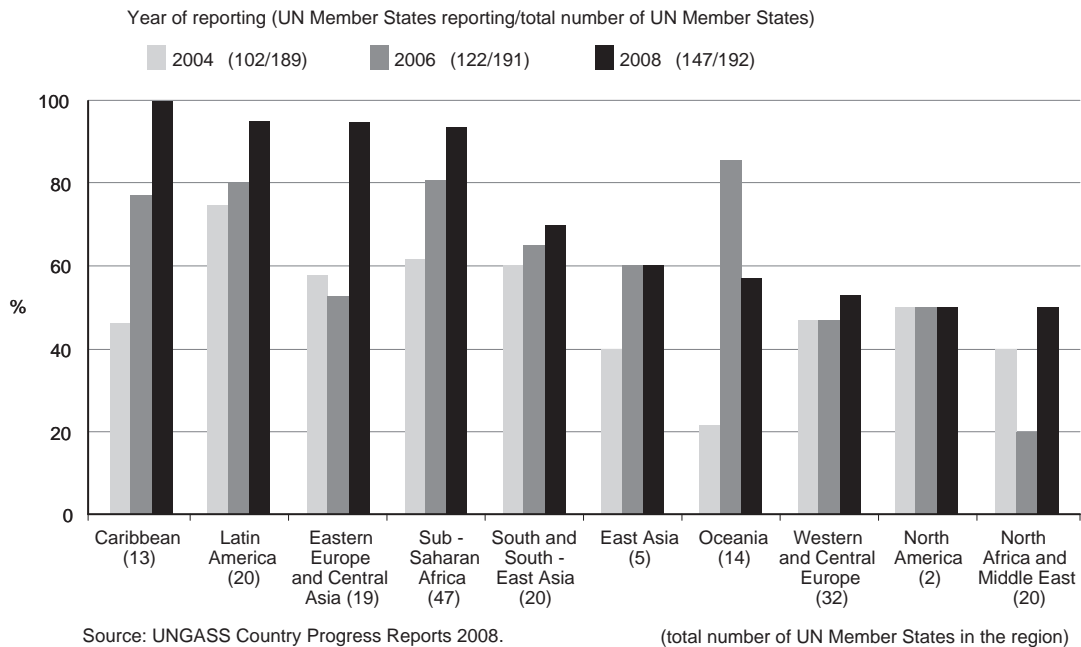


図1 2004年から2008年まで国連加盟国の地域別報告率

各国が報告する際の指標は、2001年のHIV/AIDSに関する国連特別総会（以下、UNGASS）で各国が定めた、期限付きの公約に基づいたものである。UNGASSの指標は、15歳から24歳までの若者HIV陽性率、抗HIV治療とHIV予防プログラムの普及率、HIVによって孤児になったり、弱い立場におかれたりした子どもを支援するサービス、推奨されるHIV政策の適用状況など、さまざまな変数をカバーしている。各国政府の報告だけでなく、世帯調査、市民社会が作成した報告書、ドナー国の予算とプログラムのモニタリング・データ、国連エイズ合同計画（以下、UNAIDS）とその合同スポンサー、慈善基金、生物医学研究機関などからもデータが提供されている。

市民社会グループは政府のカウンターパートとなり、過去に例を見ないほど多くのグループが報告書の作成に参加した。市民社会は国内の、そして世界とのコミュニケーションの媒体となった。合計700の非政府機関（NGO）（とそれを上回る数の個人）が、妥当なHIV政策の枠組みと戦略の実施状況を追跡調査するための国の「総合政策指数」に関する重要な情報提供者となった。

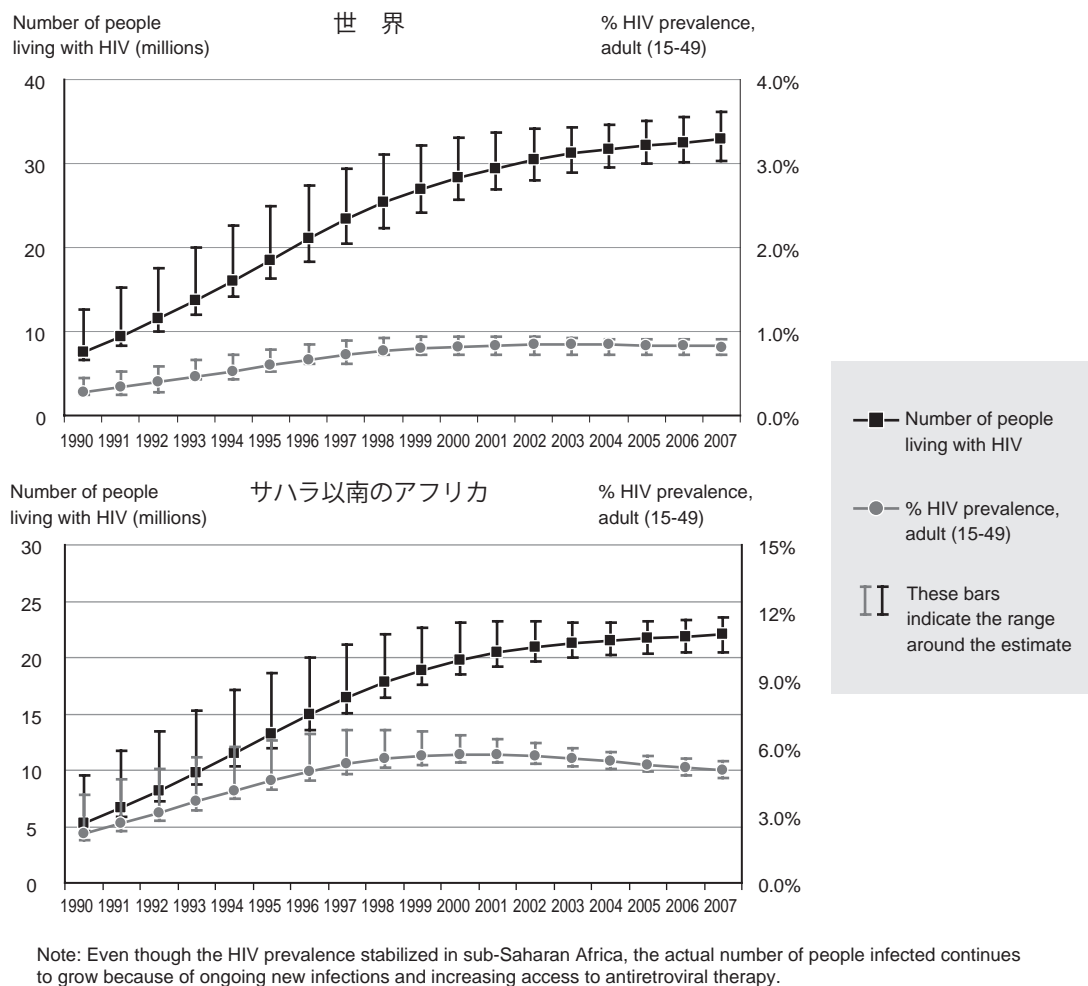


図2 1990年から2007年までの世界とサハラ以南のアフリカ地域での推計HIV陽性者数と成人人口に占める感染者の割合の推移

HIV 対策は世界的な開発目標全体の進捗状況にとってとても重要である。HIV 対策がうまくいけば実質的に他のミレニアム開発目標の達成を早めることができる。HIV に関する政治的コミットメントを満足いくようにするためには、より強力なリーダーシップ、過去の教訓を考慮に入れた成功例の積み上げ、資金調達の強化、対策の更なる連携、HIV リスクと脆弱性を決める社会的要因への効果的な取り組みなどが求められることになる。

世界的な状況

2000 年以來、HIV 陽性率には変化がない（図 2 および図 3 参照）。ただし、毎年新たな感染者があり、抗 HIV 治療をより多くの人が受けられるようになったため、HIV 陽性者数は増加している。サハラ以南のアフリカが現在も HIV の影響を最も受けている地域であり、2007 年、HIV 陽性者の 67% を擁し、エイズによる死亡者の 72% が同地域からの報告である。

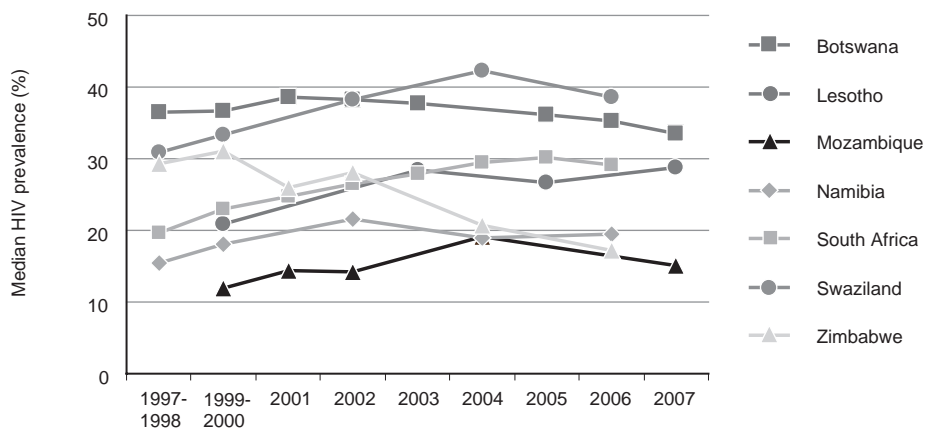
世界的にみると HIV の流行の状況に変化はないものの、依然として容認できないほど高いレベルである。2007 年現在の HIV 陽性者の推定数は 3300 万人 [3000 – 3600 万人]（図 3）。2007 年に新たに感染した人々の数は 2001 年の 300 万人 [260-350 万人] と比べると、270 万人 [220-320 万人] と減少している。

いくつかの国で新たな HIV 感染率の低下が見られるが、世界的に見るとこのような好ましい傾向は、他の国々での新たな感染者の増加により少なくとも部分的には相殺されている。サハラ以南のアフリカ地域の流行の状況は、変化がないか減少し始めている（図 4）。しかしながら、ケニアから新たに得られた情報によれば、2007 年の HIV 陽性率は 7.1 – 8.5% で、2003 年の推定陽性率 6.7% と比べると上昇している。アフリカ地域以外の多くの国では感染者数は増加傾向にある。

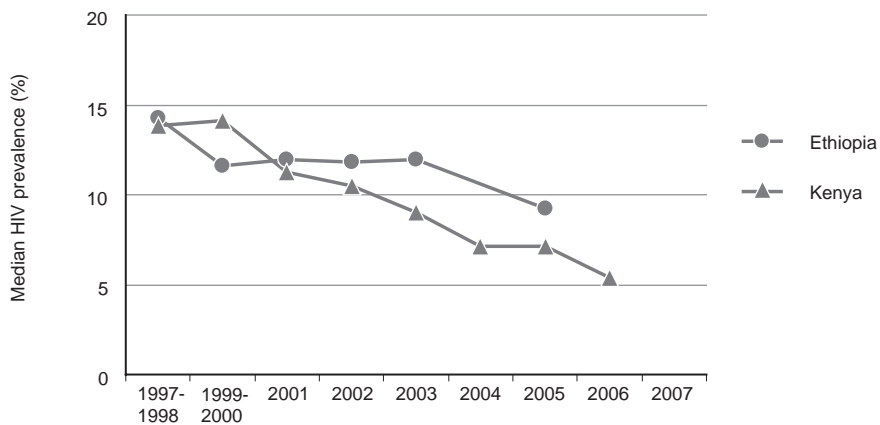


図 3 2007 年、世界の HIV 感染状況、2007 年の HIV 陽性者は 3300 万人 [3000 – 3600 万人]

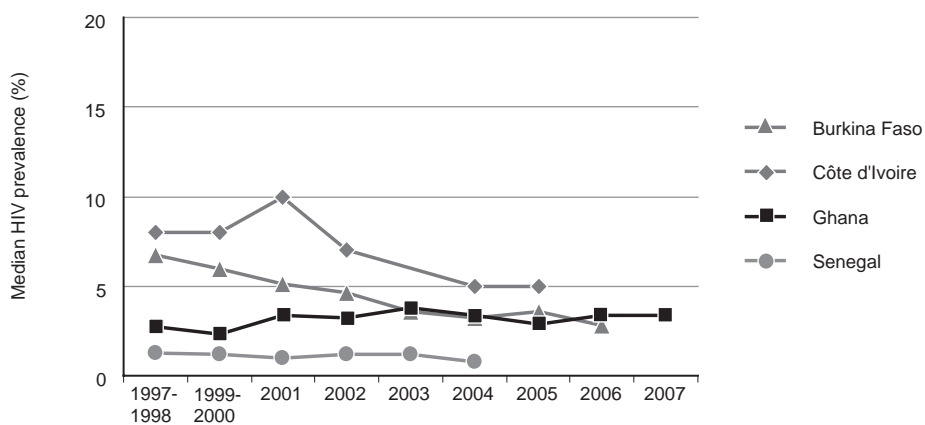
南部アフリカ



東部アフリカ



西部アフリカ



Note: Analysis restricted to consistent surveillance sites for all countries except South Africa (by province) and Swaziland (b Source: National surveillance reports and UNAIDS/WHO/UNICEF, Epidemiological Fact Sheets on HIV and AIDS, July 2008.

図4 サハラ以南のアフリカ地域での産科外来にくる妊婦の HIV 感染率

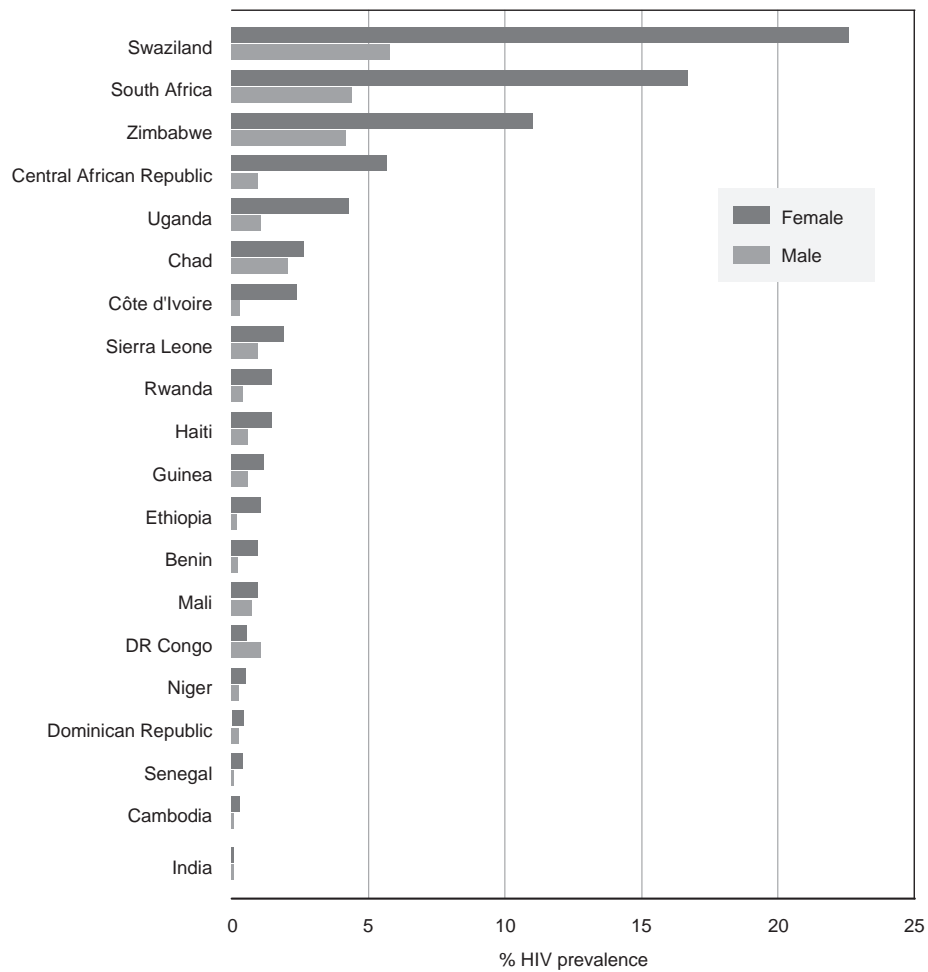


図5 2005年から2007年のある国々の15歳から24歳までの男女別HIV感染率

適切なデータが報告されているアフリカ地域17ヶ国のうち14ヶ国の調査によれば、2000-2001年以降、若い（15 - 24歳）妊婦のHIV陽性率は低下している。そのうち7ヶ国では、「コミットメント宣言」に設定された、「2010年までに同人口の陽性率を25%下げる」という目標をすでに達成する程度、あるいはそれ以上の低下が見られる。アフリカの若者の間では、男性に比べて女性の陽性率が著しく高い（図5）。

世界的に見ると、HIV陽性者に占める女性の割合は50%と、ここ数年変化はない。ただし、女性感染者の割合が増加している国もいくつかある（図6）。

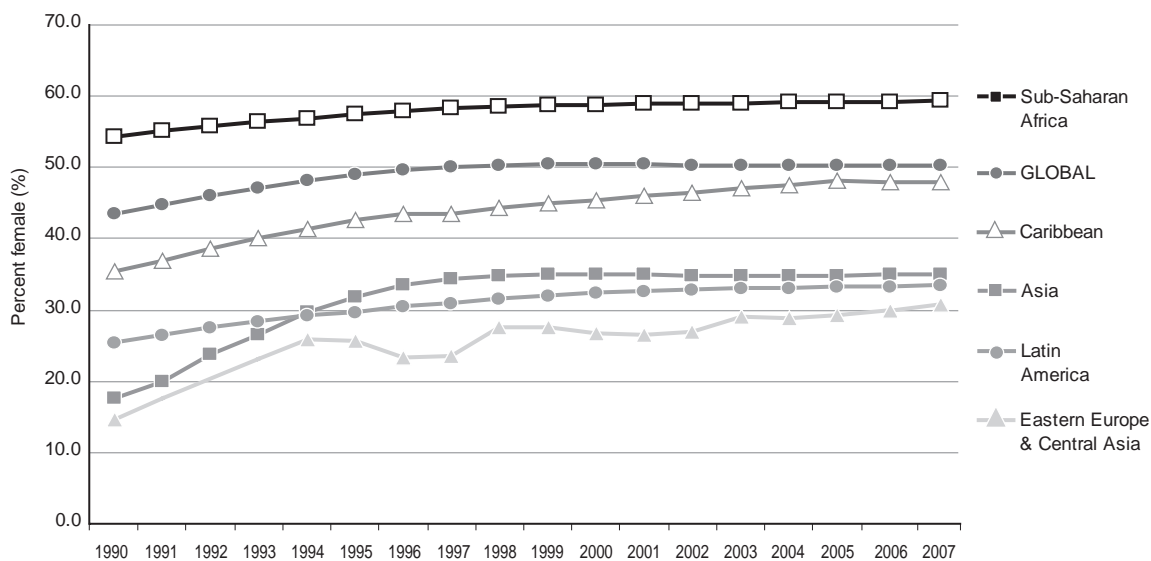


図6 1990年から2007年にかけての15歳以上のHIV感染者にしめる女性の割合

2007年に新たにHIVに感染した15歳以下の子どもの数は推定37万人 [33-41万人]。母子感染予防サービスが拡大されたため、新たにHIVに感染する子どもの数は2002年以降減少している (図7)。

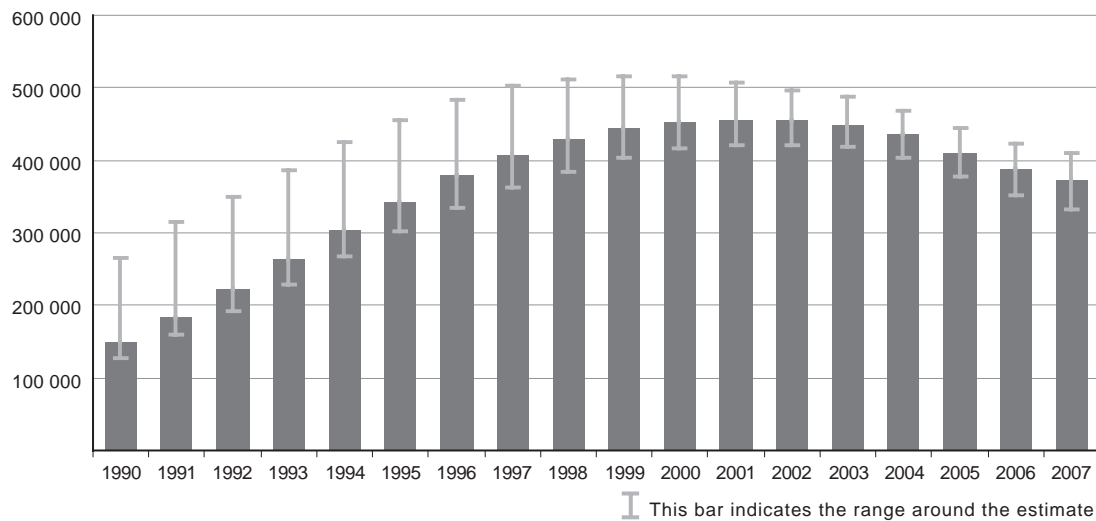


図7 1990年から2007年までの新規の子供の感染者数の推移

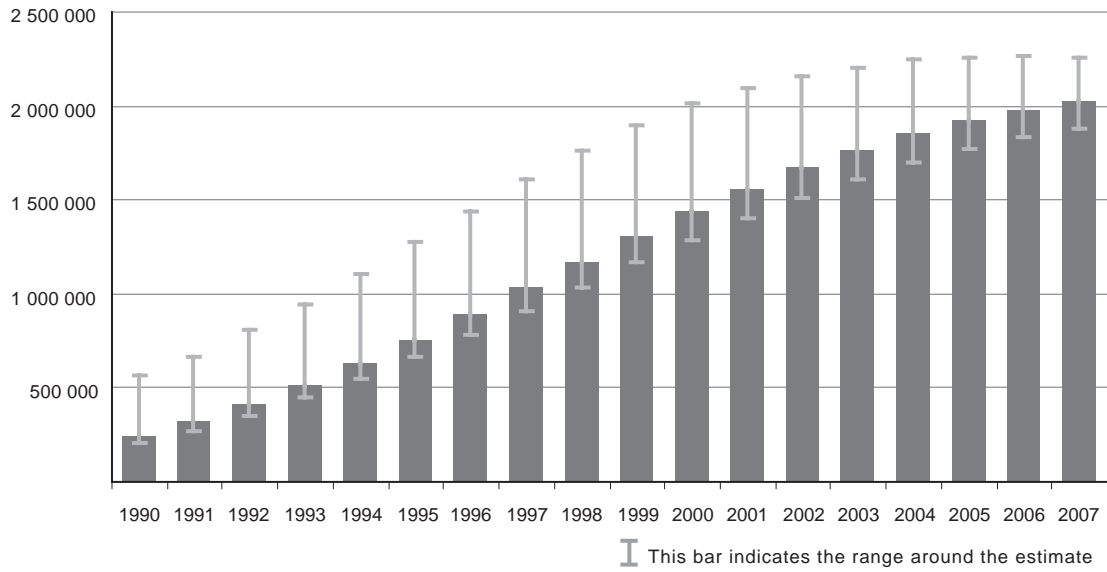


図8 1990年から2007年までの全世界の感染者の子供の数の推移

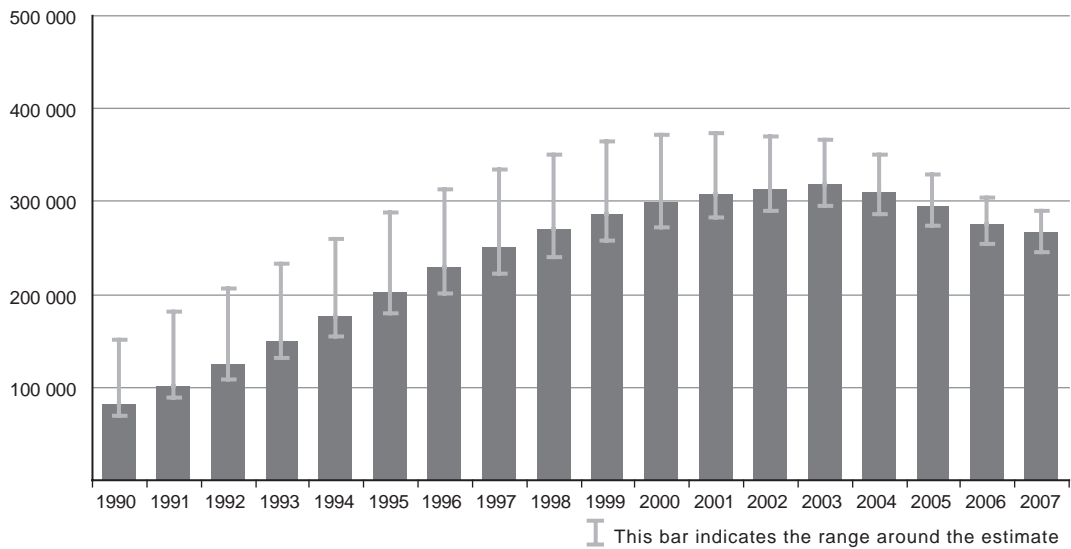
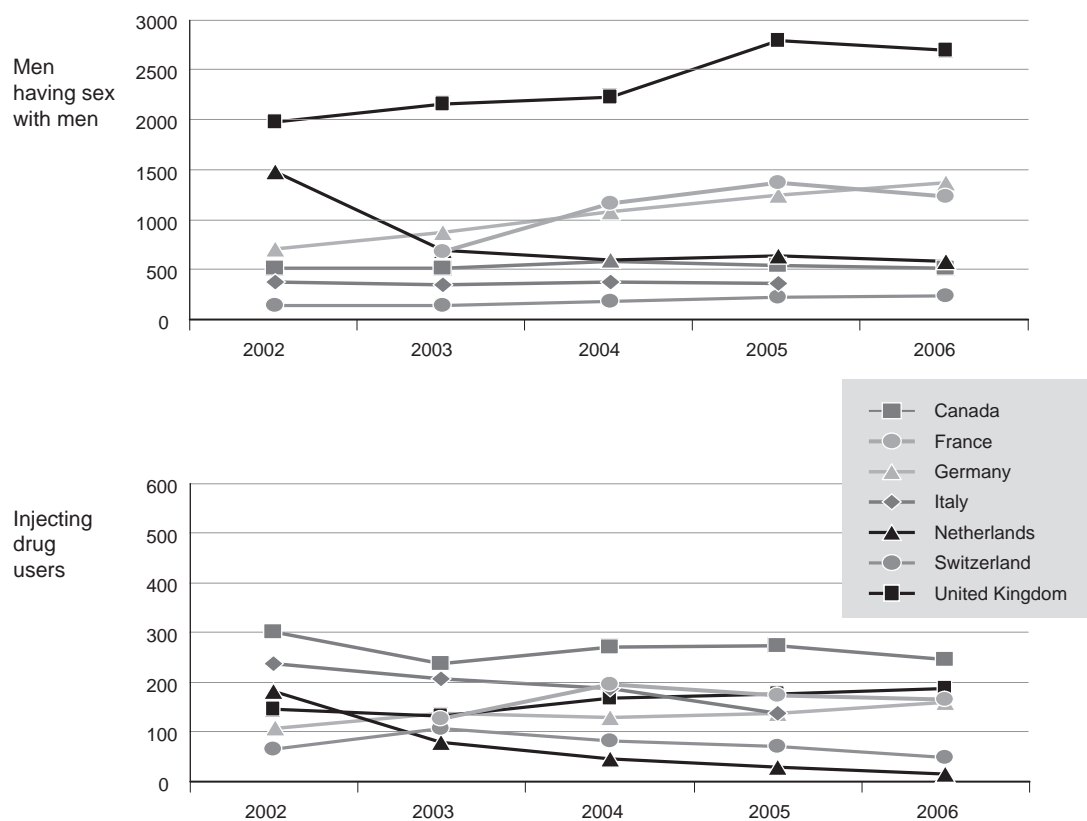


図9 1990年から2007年までのエイズによる子供の死者数の推移

HIV陽性の15歳以下の子どもの数は2001年の160万人[140-210万人]から、2007年の200万人[190-230万人]と増加しており(図8)、その約90%がアフリカ地域からの報告である。2003年以降、治療の拡大と母子感染予防サービスにより、エイズで死亡する子どもの数は減少している。

アフリカ地域以外では、HIVの影響を最も受けているのは注射による薬物使用者(IDU)、男性と性交渉のある男性(MSM)、セックスワーカーである。最近の調査から、サハラ以南のアフリカの一部でもこれらのグループの



Sources: (1) Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada. Selected Surveillance Tables to June 30, 2007. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/ Sonderausgabe B aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health). (3) The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. London: Health Protection Agency, Centre for Infections. November 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.

図 10 いくつかの国での 2002 年から 2006 年までの薬物使用者 (IDU)、男性と性交渉のある男性 (MSM) などの新規 HIV 感染者の推移

感染率が高いことがわかっている。図 10 が示すように、多くの高所得国で MSM と IDU の新たな HIV 感染の増加が報告されている。アジアの一部でも MSM の HIV 感染が急速に増加している。

HIV 感染リスクと脆弱性をもたらす社会的要因への取り組み

エイズ対策を長期的に成功させるには、男女不平等、スティグマと差別などの人権侵害をなくす努力を続けていくことが求められる。その現れ方や、強さ、影響は地域によって、また同じ地域内でも異なるが、これらの人権侵害は態度の違いこそあれ、世界的にみられるもので、エビエンスの裏付けがある、人権に基づいた効果的なエイズ対策を阻害するものとなっている。

男女不平等の解消

HIV 対策の立案段階で多くの国が男女の不平等を認識し始めているが、これらの問題に取り組む予算や政策が十分出ない国がかなり多い。

女性に関する政策に関する 14 の質問に対する各国の回答に基づいて、それらの国を公正な政策が全くない「0」から全てある「14」という指標を用いて、UNAIDS が評価を行った。図 11 に示すように、女性の平等なアクセスが保たれているかに関してもっとも低い点数なのは東・中央ヨーロッパ諸国で、最も高いのはサハラ以南のアフリカ諸国である。

男女平等の規範を築くために、根拠に基づいたプログラムを拡大すべきで、特に男性と男子に焦点を当てた介入に力を入れるべきである。 男女平等を促進するプログラムに関するメタ分析によれば、男女の役割について批判的感想を述べたり、ロールプレイをしたりするなどの相互対話的なプログラムが、態度や行動変容を生み出すには最も効果的であった。規範変容を目的とした介入を支援する対策としては、女性への暴力を禁止するような法改正、暴力の加害者を取り締まる法律執行の強化、男女不平等に由来する暴力につながるような態度や状況に取り組む介入などが望ましい。

各国政府や国際的なドナーは、女性の経済的自立を促すような戦略、女性の財産・相続権を認めるような法改正を優先させるべきである。ボツワナとスワジランドでの最近の調査によれば、十分な食料を確保できない女性は、十分な栄養が確保されている女性と比べると、性的な関係を自分でコントロールできない割合が 70%、世代差を越えての性行為をする割合が 50%、生きていくために性交渉をする割合が 80%、無防備な性行為をする割合が 70%高いと報告されている。

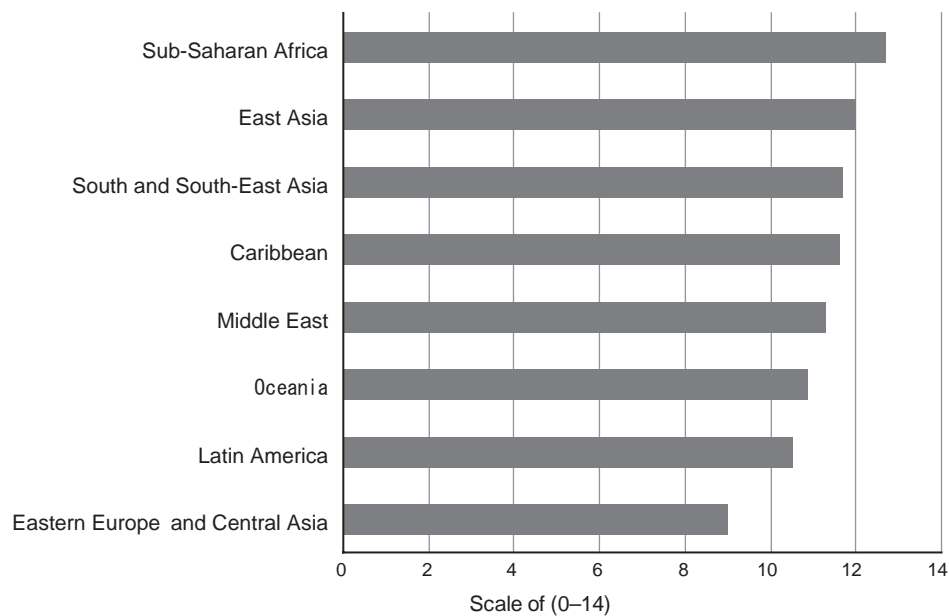
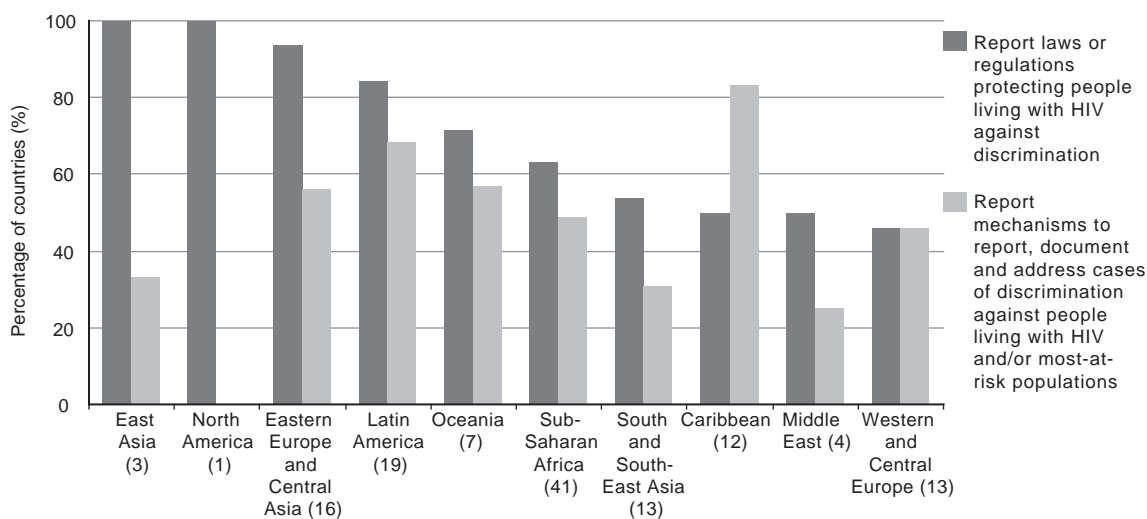


図 11 女性の HIV へのかかりやすさに関する政策の指標



Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 12 差別の関連するメカニズムに対しての法的保護に関する地域別割合

スティグマと差別への取り組み

エイズの流行はもうすぐ 30 年を迎えるが、世界の 3 分の 1 の国々が HIV 陽性者を差別から守る法律を持っていない。またこれらの法律がどの範囲まで施行されているのか、どういった人々にアクセスできるのかについての記載はまだない。非政府機関の報告によれば、HIV に関連するスティグマや差別の削減のための実績指標や基準を用いている国は 33% にすぎない (UNGASS 国別報告書 2008) (図 12)。

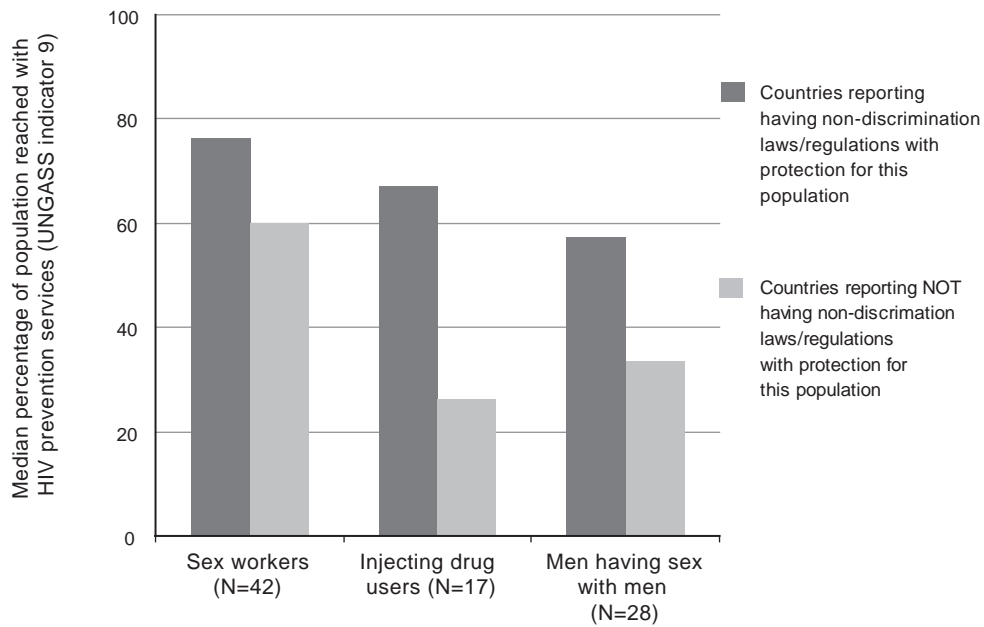
ほとんどの国が最も高い感染リスクの人口集団に対する法的な保護を行っていない。非政府機関の情報源によれば、MSM を保護する法律が存在すると報告している国は 26%、セックスワーカーや IDU に対する差別禁止法を有する国は、それぞれ 21% と 16% である (UNGASS 国別報告書 2008)。図 13 が示すように、このような集団への HIV 予防対象を拡大するには、このような差別禁止法の効果は大きい。

HIV 陽性者の組織やネットワーク、そして HIV 感染リスクの高い集団の能力構築に対して財政的・技術的支援を強化することが求められる。非政府機関によれば、市民社会が財政支援に効果的にアクセスできる国は全体の 20% だった (UNGASS 国別報告書 2008)。

新たな HIV 感染の予防：エイズの流行を鎮静化させるカギ

新規 HIV 感染率を大幅に低下させなければ、エイズの流行を沈静化することは不可能であり、現在拡大しつつある治療へのアクセスを維持していくことも不可能である。近年、治療へのアクセスは着実に拡大しているが、強力な HIV 予防活動がそれに伴っていない。ユニバーサルアクセスに関連して 87% の国々が治療に関する目標を設定しているが、HIV 予防戦略に関するターゲットを設定している国は約半数に過ぎない。

現在行われている予防戦略は HIV 感染のリスクの低減に効果的である。性行為による感染、血液感染 (薬物注射や医療機関での事故を含む)、母子感染など、それぞれの HIV 感染経路において、効果的であると証明された予防戦略が存在する。



Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.*

図13 セックスワーカー、IDU、MSMなどに対してHIV予防など行う上での法的環境が整っている割合の中央値

最近では、男性の割礼が男性のHIV感染リスクを下げる技術であると確認された。抗HIV薬を母子感染予防、医療機関での暴露後の投与、暴露前の予防薬としての試験的な処方、二次感染の予防という効果も持つ治療としての投与するなど、抗HIV薬を中心とした一連の予防対策もでてくるようになった。

新たにHIVに感染する人々の45%が15-24歳の若者であるにもかかわらず、多くの若者がHIV感染を防ぐための正確で包括的な情報を持っていない。64ヶ国からの調査データによれば、HIVとその予防について正確な情報を得られていたのは15-24歳の男性の40%、女性では38%であった(UNGASS指標13)(図14)。2005年の調査では男性が37%、女性が27%であったことを考えると、HIVの基礎的な知識には改善が見られるが、2010年までに95%の若者がHIVの包括的な知識を持つという目標(コミットメント宣言)を考えると、2007年の水準はそれにはまだほど遠いものである。

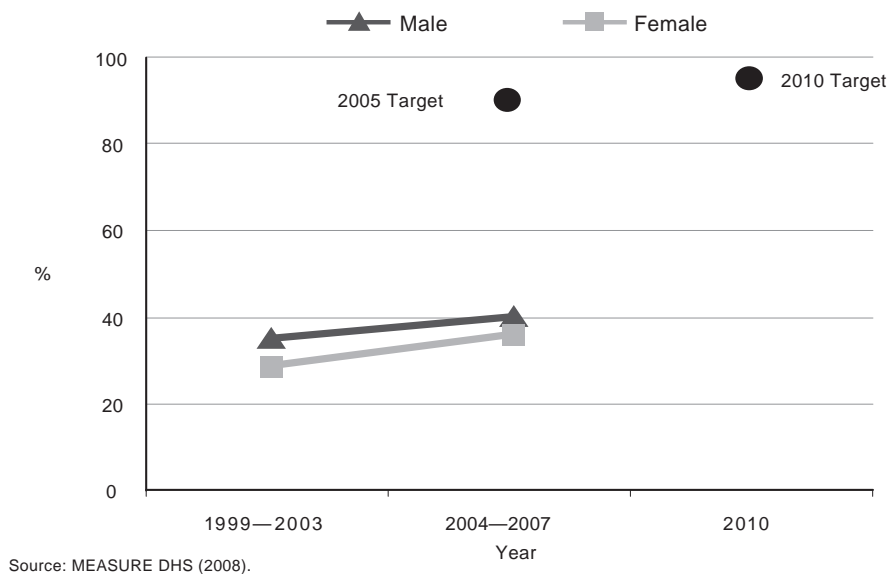


図 14 若者の HIV も知識の割合

若い女性は同年代の男性に比べて、正確で包括的な HIV の知識を持っている割合が著しく低い(図 15)。コンドームで HIV 感染を防げているのを知っているのは、若い男性では 70%なのに対して、女性では 55%に過ぎなかった (UNGASS 指標 13)。

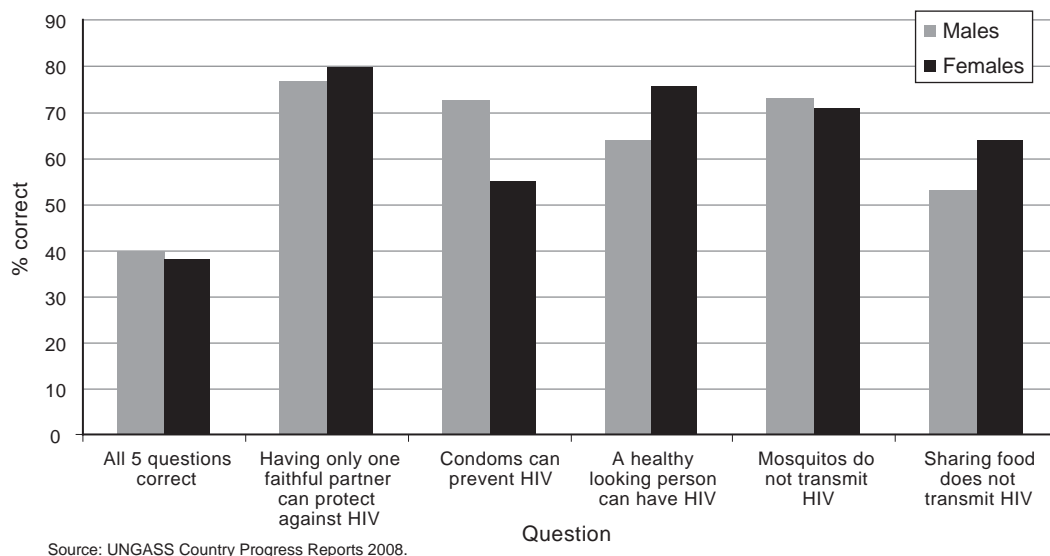


図 15 若者のエイズに対する質問内容別知識の正解率

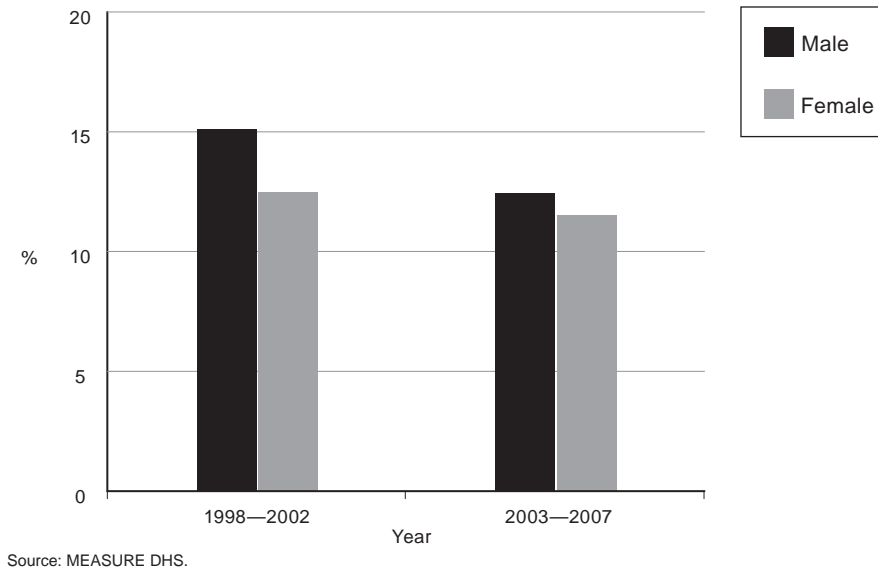


図 16 15 歳未満での性行為を開始したものの男女別割合

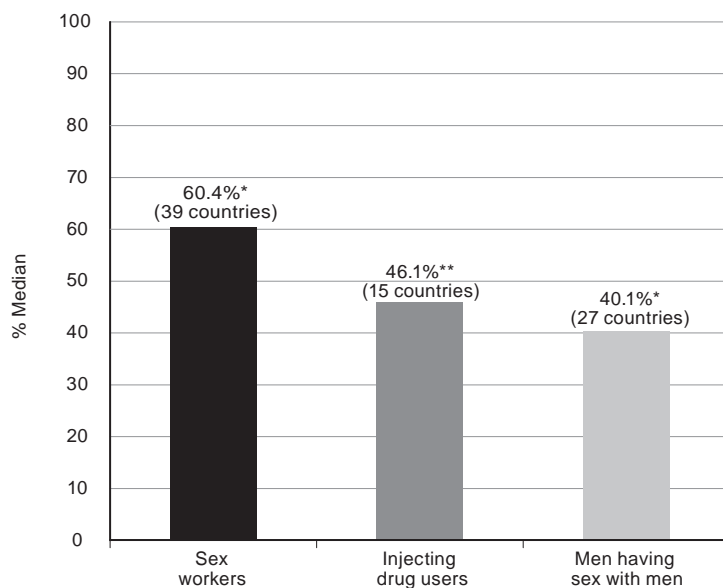
低・中所得国においては、15 歳までに性行為を経験する若者の割合が全ての地域で低下した。この傾向はこの 10 年間の初期の頃から続いている（図 16）。しかしその割合は国によって実質的な違いがみられ、いくつかの国では 15 歳以前に性行為をする割合が上昇している。

HIV 予防プログラムの普及範囲は拡大しつつあるが、MSM や IDU など感染リスクが高い集団へは十分に届いていない（図 17）。非政府機関の情報源によれば、3 分の 2 の国が (63%) HIV 感染のリスクが最も高い集団に効果的な HIV 予防、治療・ケアとサポートを提供する際に障害となるような法規制があると報告している（UNGASS 国別報告書 2008）。

過去 2 年間で母子感染予防サービスへのアクセスが拡大したことによる進歩は、十分な財源とコミットメント、戦略的アクションがあれば、将来、この感染経路は極めてまれなものとすることができるということを示唆している。

世界的な、および国別の HIV 陽性率の疫学的な推計に基づいた当初の予想の調整、それに伴う UNAIDS、WHO、UNICEF のデータ調整、各国の該当する指標（UNGASS 指標 5）に関する報告によれば、中・低所得国の HIV 陽性妊婦の母子感染予防を目的とする ARV 治療の普及率は、2004 年の 9% から 2007 年には 33% に上昇した（図 18）。

予防対策は性的な関係、とくに HIV 感染リスクの高い性的な関係に、より戦略的に焦点を当てて行うべきである。ウガンダの HIV 陽性者と HIV 陰性者のカップルの間では、毎年 8% の HIV 陰性パートナーが HIV 感染する可能性がある。このようなカップルに対する適切な予防の取り組みの重要性を軽視してはならない。同様に、性的なネットワークのなかで HIV 感染が急速に広がる可能性がある、複数の同時進行の関係にも焦点を当てるべきである。

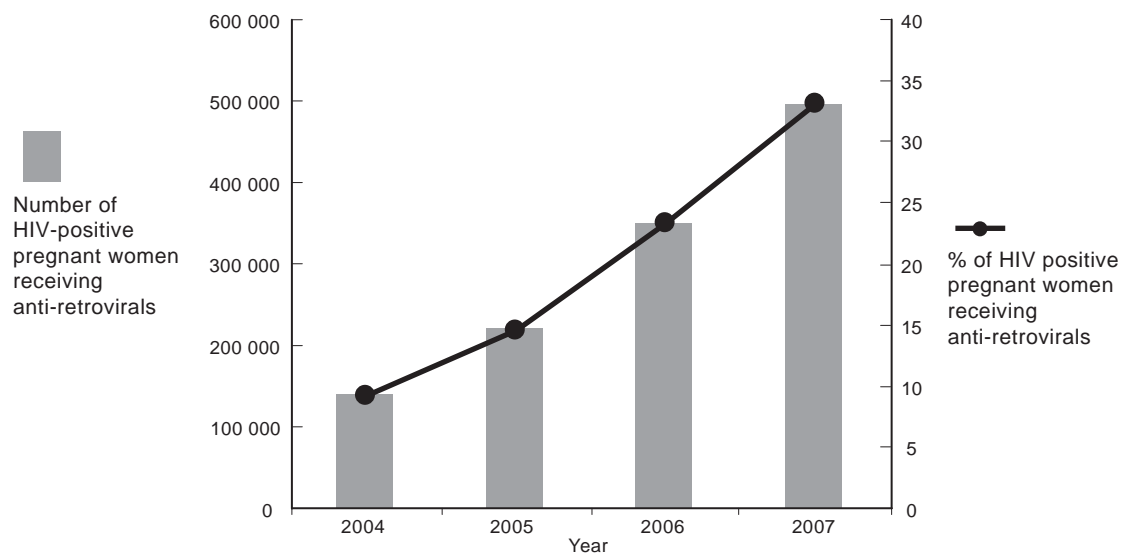


* Percentage of sex workers and men having sex with men reported knowing where they can receive an HIV test and that they were given condoms.

** Percentage of injecting drug users who reported knowing where they could receive an HIV test and be provided with condoms and sterile injecting needles and syringes.

Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 17 2005 年-2007 年でのセックスワーカー、IDU、MSM などに対して HIV 予防プログラムが



Source: UNAIDS, UNICEF & WHO, 2008; data provided by countries.

図 18 2004 年から 2007 年での母子感染予防薬を受けた HIV 陽性の妊婦の数と割合の推移

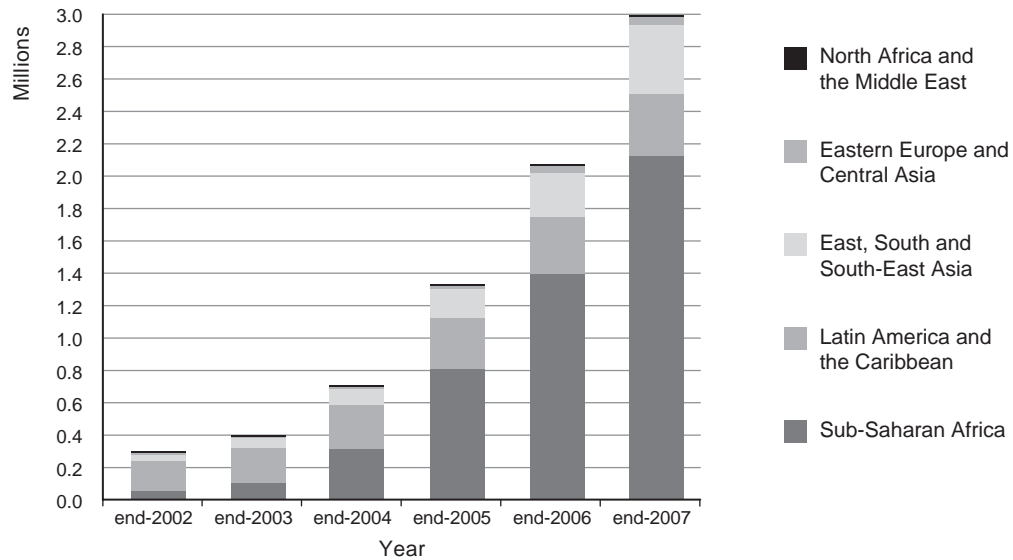


図 19 2002 年から 2007 年度に、低所得・中所得国の地域での抗エイズ治療薬を受けた人の数

継続的な予防対策を行っていくにつれ、HIV 予防の大きな課題が見えてきた。強力な HIV 予防対策を維持するには、各国が「予防行動」を育成し、予防対策の維持に必要な人的・技術的な能力を構築し、予防サービスの需要拡大を促進しなければならない。HIV 感染率が著しく低下した国では、HIV 予防へのコミュニティの関与を促すことが、エイズ対策成功の重要な要素である。

治療とケア：かつてない進歩と残された課題

6年間で、低・中所得国の抗 HIV 治療を受けている HIV 陽性者の数は 10 倍になり、2007 年末現在、約 300 万人にまでなった（図 19）。これには多くの関係者の努力があるが、とくに HIV 陽性者自身の活動がかつては不可能だと思われたことを達成できる大きな力となった。

資源の限られた状況における治療へのアクセスの急速な拡大によって、命を救い、生活の質を改善し、家庭やコミュニティ、そして社会が再び元気になりつつある。死亡率の上昇が続いていたが、過去 2 年間で死亡率は世界的に低下した（図 20）。

大人に比べて抗ウィルス治療を受けることがかなり少ないと思われる子どもに大して、HIV 治療をタイムリーに提供できるようにしなければならない。治療を受けられなければ、母子感染した子どもの約半分は 2 歳までに亡くなると思われる。費用対価の高い小児用診断法が近年でできたものの、大人に比べて子どもの HIV 診断は難しい。

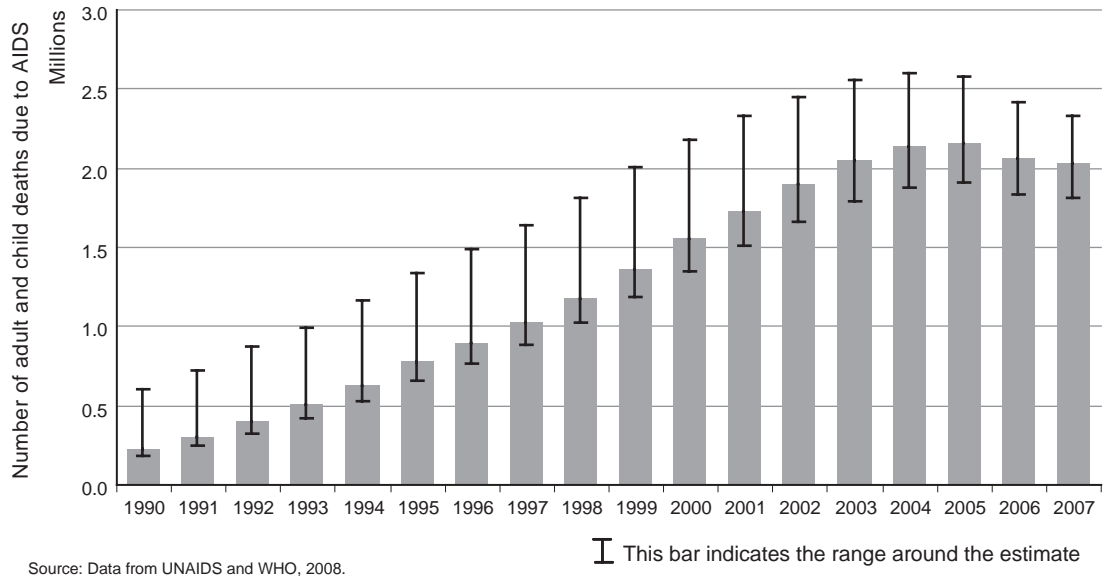


図 20 1990 年から 2007 年までの世界のエイズによる推計死亡者数の推移

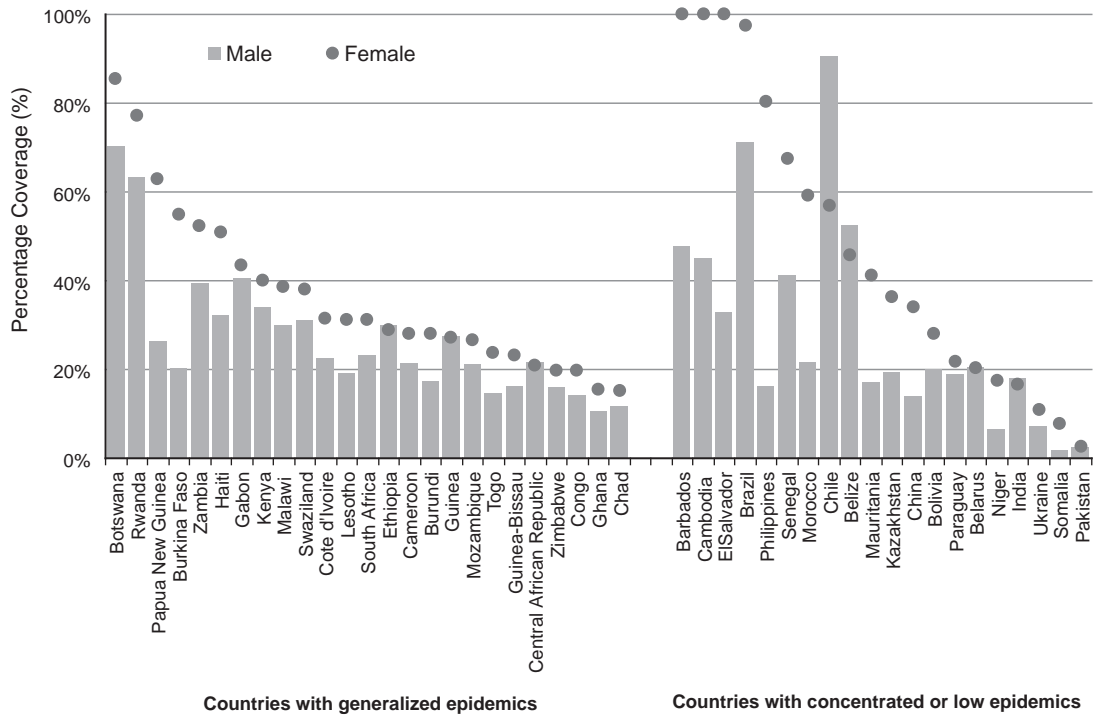


図 21 2007 年度の男女間でのエイズ治療薬の普及の比較 (男女別に普及率が出ている国での比較)

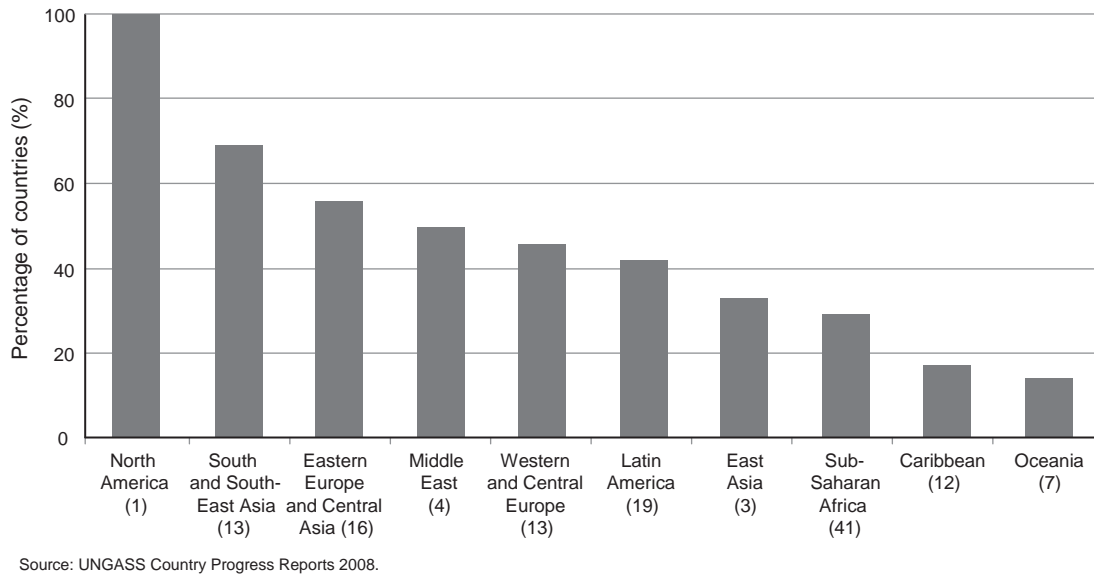


図 22 薬物常用者への対策に障害となる法律などのある国の割合

ARV はまず大人用に開発され、ほとんどの組み合わせ処方子どもには不適切である。このような課題も、子供用の処方を作ることや、資源の限られた状況では医療者に処方量を判断するツールを提供すること、小児用治療への財政的支援を行うことで克服できる。

世界的に見ると、女性への抗 HIV 治療の普及率は男性よりも高いか同じである（図 21）。多くの国で、治療普及率は男性より女性のほうが高い。このような性別による差は、一般に広がっている国々で顕著である。おそらく、HIV 陽性の女性は、HIV 治療プログラムと母子感染予防プログラムという、2つの治療への入り口があるからだと考えられる。

IDU など HIV 感染のリスクが最も高い人口集団は、構造的な差別があるために、HIV 治療へのアクセスに関して大きな壁に直面している。例えば、代替治療などの薬物更生治療は HIV の治療を成功させるには欠肝要であるにもかかわらず、多くの国では法的に禁じられていたり、制限されていたりする。非政府組織の情報源によれば、ロシア連邦や東・中央ヨーロッパ、南・東南アジア、北アメリカの大部分の国には、IDU が HIV サービスを利用するのを妨げるような法規制や政策がある（UNGASS 国別報告書 2008）（図 22）。

低価格の治療薬があるにもかかわらず、HIV と結核の重感染者で両方の治療を受けられている人々はほんのわずかである（図 23）。現在ある診断法と治療を最も適したかたちで利用できなければ、深刻な病状を引き起こし、死に至る。アフリカでは結核患者の 22%が、またその地域の一部では、患者の 70%までの人に、HIV 陽性者の間に結核が起こっている（WHO, 2008a）。

保健医療制度の弱さが HIV 治療プログラムの拡大を遅らせており、その強化に集中的なアクションが必要であることを示唆している。抗 HIV 治療の拡大は、資源の限られた国々の保健医療のインフラの著しい改善を促しているという事実が明らかになっている。

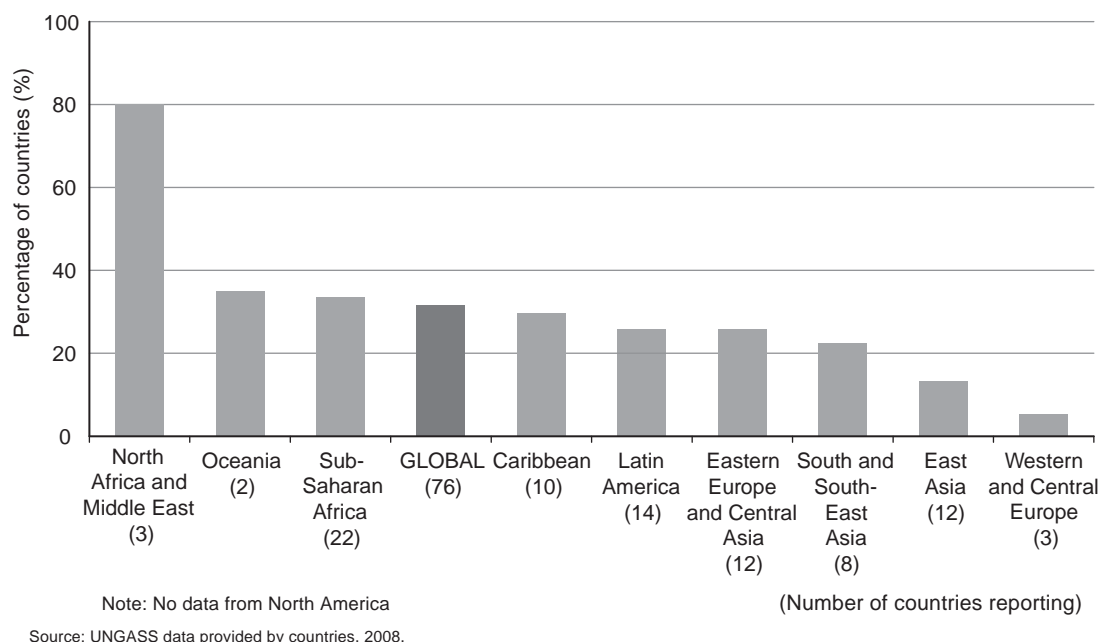


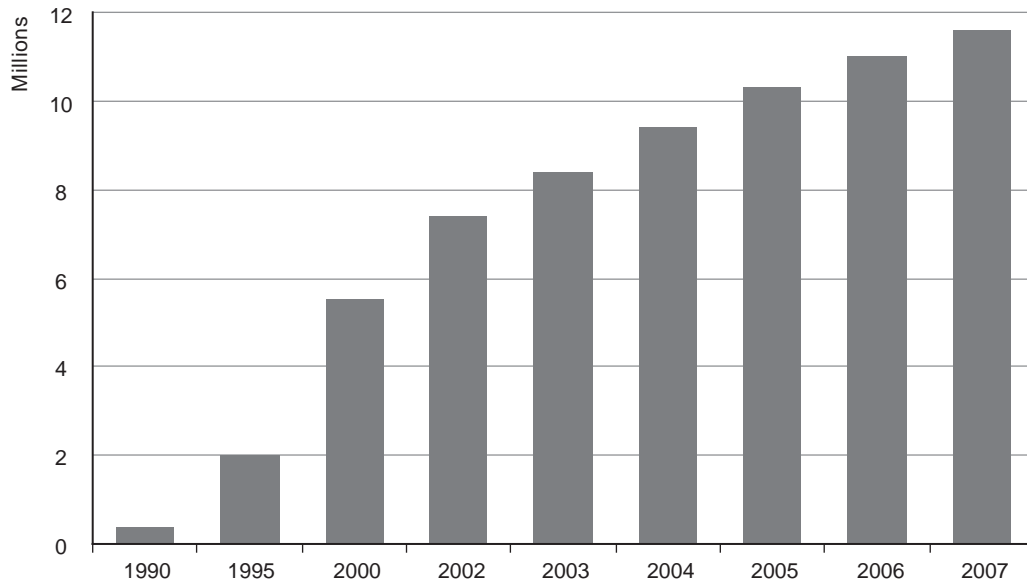
図 23 2007 年時点で HIV 感染者でエイズ治療薬と結核治療薬の両方をもっている結核のケースの割合

HIV 治療は生涯にわたるものであり、治療プログラムの長期維持は不可欠である。HIV 治療の継続に必要なこととして、より低価格の第 2 選択世代、第 3 選択の治療薬や、新たな HIV 感染予防の成功などである。

エイズの流行による家庭やコミュニティ、社会に及ぼす影響を軽減する

エイズの流行は、それに影響を受ける家庭、とくに女性や子どもに大きなダメージを与え続けている。インドの最貧家庭が HIV に関連して負う財政的負担は、年間所得の 82% を占める。最も豊かな家庭ではその割合は 20% 強に過ぎない。サハラ以南のアフリカ地域では、約 1200 万人の子ども（18 歳以下）がエイズによって一方の親か両親をなくしており、エイズによって孤児になる子どもの数も増え続けている（図 24）。

最も HIV 陽性率の高い国々には、HIV によって孤児になったり、弱い立場におかれたりした子どもの支援をすすめる戦略があるにもかかわらず、実際には国のプログラムはこのような子どもたちのほんの一部にしか届いていない。最近、世帯調査が行われた、成人の HIV 陽性率が 5% 以上である 10 ヶ国のうち、医療ケアや教育支援、財政支援、あるいは心理社会的サービスなど何らかのかたちの支援を受けられているのは、人口補正した平均 15% の家庭の孤児に過ぎない（図 25）。東および南部アフリカ地域では、政府や市民社会、他の関係機関が、HIV に影響を受けた子どもたちなど、弱い立場におかれた子どもたちに、最小限の社会的保護を提供することに力を入れている。HIV の影響を受けている家庭へ財政的支援を行うことは、世帯の多くを占める子どもたちへの支援を強化することにつながる。ザンビアのカモロ地区における試験的なプロジェクトでは、社会的保障で財政的支援を受けられた 68% の子どもが孤児であり、その 35% は両親をなくした子どもである。



Source: UNAIDS/WHO, 2008.

図 24 サハラ以南のアフリカで 18 歳以下の孤児の子供の予測数

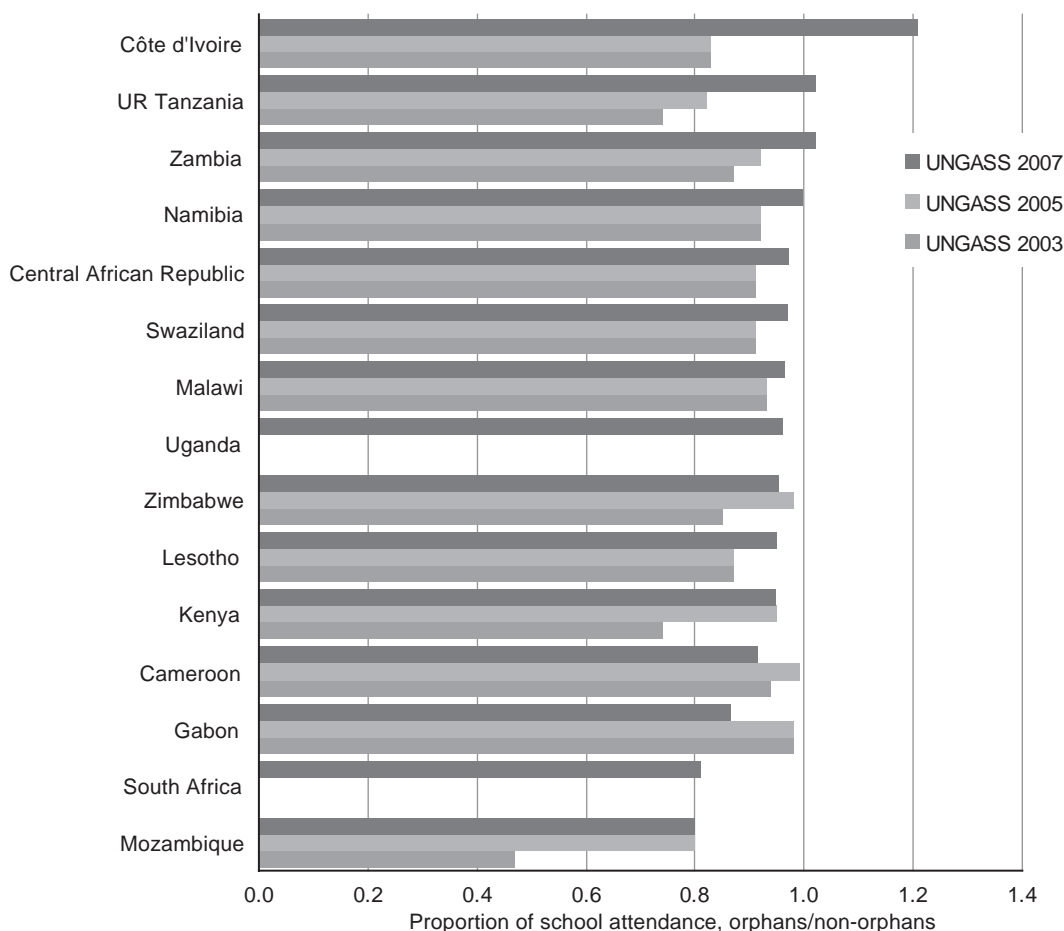
Country	OVC supported	OVC total ¹	Coverage in 2007 (n=10)
Population based survey data			
Botswana	Not reported	Not reported	Not reported
Cameroon	412	4,431	9%
Central African Republic	Not reported	Not reported	7%
Gabon	259	2,637	10%
Kenya	Not reported	Not reported	17% ²
Lesotho	Not reported	Not reported	Not reported
Malawi	Not reported	Not reported	19%
Namibia	882	5,343	17%
Swaziland	1,472	3,576	41%
Uganda	569	5,321	11%
Zambia	578	3,671	16%
Zimbabwe	1,972	6,322	31%
Population adjusted average	34,161	4,970	15%
Programme based data			
Côte d'Ivoire	37,250	420,943	9%
South Africa	1,057,900	1,577,200	67%
United Republic of Tanzania	471,315	930,000	51%
Population adjusted average	2,928,143	1,566,465	53%

¹Total number of OVC as reported by countries.

²Information based on survey implemented by PEPFAR in Kenya on OVC support in 2007, source: Kenya UNGASS country report 2008.

Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 25 成人の HIV 感染率が 5% を超える国々でのエイズ孤児への援助の割合



Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 26 HIV 感染率が 5% を超える国々での孤児がそうでない孤児に対しての学校に通う率

子どもに教育の機会を保証することが HIV に関連する脆弱性を軽減するために重要である。世帯調査のデータが入手できた国のうち 56 ケ国では、両親をなくした孤児は孤児でない子どもに比べて、学校に行く割合が 12% 低い。HIV 陽性率が 5% 以上の国ではその差は 4% で、エイズの影響が大きい国では、流行の初期に見られたような教育の格差が小さくなりつつあることを示唆している (図 26)。

エイズの流行が女性に及ぼす悪影響はとくに大きい。女性が自立して収入創出できる能力を強化するような対策を拡大することが求められている。アフリカでは HIV 陽性者のケアをする人々の 3 分の 2 が女性である。HIV によって未亡人となった女性には社会的排斥や貧困のリスクがある。

Sector	Country	Number of Workers in Sector	Estimated HIV Prevalence (% of Adult Population)	Cost per AIDS Death or Retirement (Multiple of Annual Compensation)	Aggregate Annual Costs (% of Labour Cost)
Retail	South Africa	500	10.50	0.7	0.50
Agribusiness	South Africa	700	23.70	1.1	0.70
	Uganda	500	5.60	1.9	1.20
	Kenya	22,000	10.00	1.1	1.00
	Zambia	1,200	28.50	0.9	1.30
	South Africa	1,300	14.00	1.2	1.10
Manufacturing	Uganda	300	14.40	1.2	1.90
	Ethiopia	1,500	5.30	0.9	0.60
	Ethiopia	1,300	6.20	0.8	0.60
	South Africa	3,600	10.20	1.3	1.30
Media	South Africa	3,600	10.20	1.3	1.30
Utility	South Africa	>25,000	11.70	4.7	2.20
Mining	South Africa	600	23.60	1.4	2.40
	Botswana	500	29.00	4.4	8.40
Tourism	Zambia	350	36.80	3.6	10.80

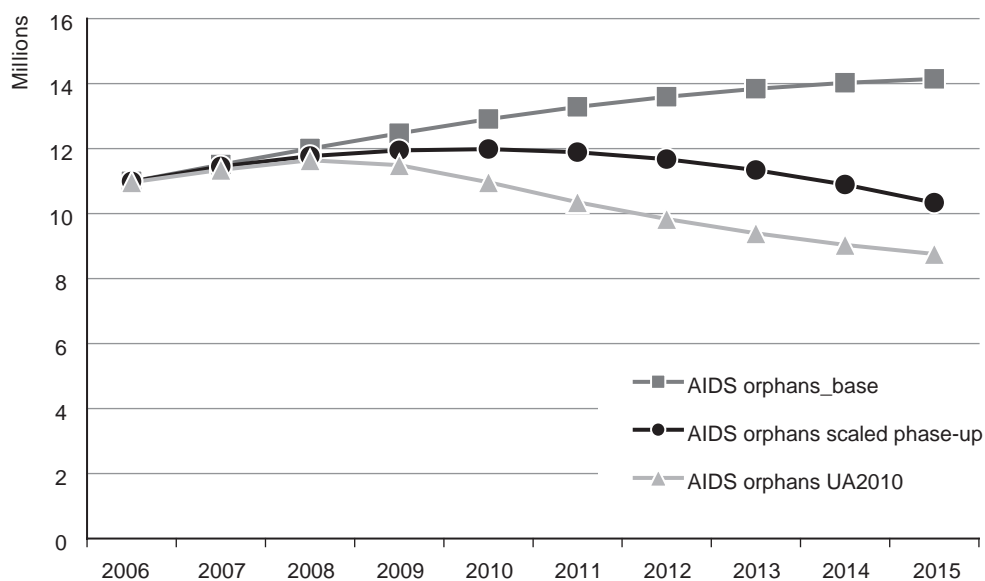
Source: Piot P et al. (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.

図 27 HIV に関する労働コスト

女性の財政的な選択肢を強化することで、エイズの流行による最も有害な影響を軽減することができる。マイクロファイナンス・プログラムに参加している女性の 90%が、生活がかなり向上したと報告している。これには危機的な状況にあるコミュニティの団結や、パートナーからの暴力の削減も含まれる。

エイズの流行がマクロ経済に及ぼす影響は当初危惧されていたよりも深刻ではないものの、HIV は陽性率の高い国々では、特定の産業や農業セクターに大きな影響を与えている（図 27）。標準的な経済モデルを用いると、陽性率の高い国々では過去 10–20 年間で、HIV は経済成長を 0.5%から 1.5%抑制している（Piot, 2007）。これは注目すべき影響ではあるが、最悪のものではない。しかしながら、HIV は経済成長を遅らせ、経済格差を広げ、影響を受けた家庭に重圧をもたらす。モデリングを用いた分析によると、ボツワナでは HIV が貧困水準以下の家庭の割合を 6%、貧しい家庭に暮らす個人の割合を 4%、それぞれ上昇させたことがわかっている（Greener, 2004）。アフリカ以外の地域では、アジア開発銀行と UNAIDS の経済分析によって、HIV が年間の貧困削減率を下げており、2003 年から 2015 年の間に、その割合はカンボジアで 60%、タイで 38%、インドで 23%であることがわかっている。アジア地域の HIV の影響を受けている家庭では、毎年余分に負わなければならない費用は 20 億 US ドルにのぼると試算されている。

HIV 陽性率の高い国では、政府の能力が継続的に低下している。



Source: UNICEF, UNAIDS, WHO, 2008.

図 28 2006 年から 2015 年までのサハラ以南でのアフリカでのエイズによる誇示の割合予測

この事実と取り組むためには、限られた能力を最大限に活用するような革新的な戦略も含んだ、公共セクターの機能を保ち確立していくための戦略的かつ強化型のアプローチが必要である。アフリカ地域の 7 ケ国の政府に対するエイズの流行の影響調査で得られた証拠によれば、エイズの流行によって議会の能力が低下し、追加的な政府支出が大幅に増えることになった。エイズの流行は公共セクターの特定分野に大きな影響を与えることがある。例えば、2005 年には、HIV 関連の死亡率が、ザンビアの野生動物保護機関の活動に関する支出を 6.2% 下げなければならないことにつながり、その労働費用は 10% も増加した。結果として、政府の野生動物保護活動能力を大きく制限することとなった。

抗 HIV 治療プログラムはエイズの流行の影響を軽減するために不可欠な戦略である。ケニアの紅茶農園労働者の間では、治療を開始した年に生産性の急速な向上が見られた。ウガンダでの最近の調査によれば、治療を受けている大人と暮らす、感染していない子どもの死亡率は 81% も低下し、孤児になる子どもも 93% 減少した。2015 年までに治療へのユニバーサルアクセスを達成できれば、孤児の数は現在の予測よりも 500 万人減るだろう (図 28)。

これからどこに向かうのか：効果的で強力な長期の HIV 対策

HIV 予防、治療、ケア、サポートへのユニバーサルアクセスへの動きは、効果的で持続的な HIV 対策への重要な一歩である。

図 29 が示すように、母子感染予防や治療へのアクセスに関する目標を達成している国がいくつかある。全ての値は UNAIDS/WHO の方法論を用いて作成したニーズに基づいている。

Less than 25% Coverage (36 Countries)	25% to 49% Coverage (16 Countries)	50% to 75% Coverage (7 Countries)	Greater than 75% Coverage (4 Countries)
Angola	Benin	Brazil	Argentina
Burkina Faso	Cambodia	Kenya	Botswana
Burundi	Central African Republic	Namibia	Russian Federation
Cameroon	Dominican Republic	Rwanda	Thailand
Chad	Gambia	South Africa	
China	Honduras	Swaziland	
Colombia	Lesotho	Ukraine	
Congo, Republic of the	Malawi		
Côte d'Ivoire	Mozambique		
Democratic Republic of the Congo	Myanmar		
El Salvador	Niger		
Eritrea	Peru		
Ethiopia	Uganda		
Gabon	United Republic of Tanzania		
Ghana	Zambia		
Guatemala	Zimbabwe		
Guinea			
Guinea-Bissau			
Haiti			
India			
Indonesia			
Iran, Islamic Republic of			
Liberia			
Madagascar			
Malaysia			
Mali			
Nepal			
Nigeria			
Pakistan			
Papua New Guinea			
Senegal			
Sierra Leone			
Somalia			
Togo			
Venezuela			
Viet Nam			

図 29a 母子感染予防でのエイズ治療薬の普及割合

Less than 25% Coverage (45 Countries)	25% to 49% Coverage (40 Countries)	50% to 75% Coverage (14 Countries)	Greater than 75% Coverage (7 Countries)
Algeria	Angola	Argentina	Botswana
Armenia	Bahamas	Barbados	Brazil
Azerbaijan	Belize	Cambodia	Chile
Bangladesh	Benin	Czech Republic	Costa Rica
Belarus	Burkina Faso	El Salvador	Cuba
Bolivia	Cameroon	Moldova	Lao People's Democratic Republic
Burundi	Cote d'Ivoire	Netherlands	Namibia
Central African Republic	Dominican Republic	Panama	
Chad	Ecuador	Romania	
China	Equatorial Guinea	Rwanda	
Congo, Republic of the	Estonia	Senegal	
Democratic Republic of the Congo	Ethiopia	Thailand	
Djibouti	Gabon	Trinidad and Tobago	
Egypt	Guatemala	Uruguay	
Eritrea	Guinea		
Gambia	Guyana		
Ghana	Haiti		
Guinea-Bissau	Honduras		
Hungary	Jamaica		
Indonesia	Kenya		
Iran, Islamic Republic of	Lebanon		
Kazakhstan	Lesotho		
Kyrgyzstan	Malawi		
Liberia	Malaysia		
Lithuania	Mali		
Madagascar	Morocco		
Mauritania	Nicaragua		
Mauritius	Nigeria		
Mozambique	Papua New Guinea		
Myanmar	Peru		
Nepal	Philippines		
Niger	Poland		
Pakistan	South Africa		
Paraguay	Suriname		
Russian Federation	Swaziland		
Serbia	Uganda		
Sierra Leone	United Republic of Tanzania		
Somalia	Venezuela		
Sri Lanka	Viet Nam		
Sudan	Zambia		
Tajikistan			
Togo			
Ukraine			
Uzbekistan			
Zimbabwe			

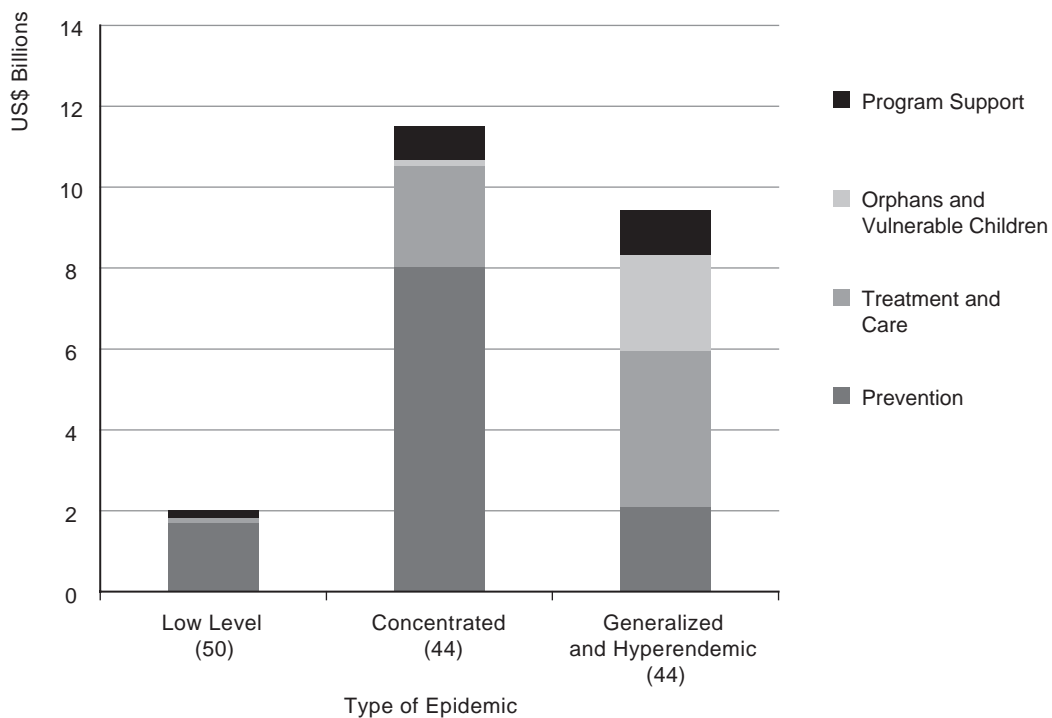
図 29b HIV が進んだ成人と子供のエイズ治療薬の普及割合

散見される成功例を全ての地域のより多くの国々に拡大し、達成された目標を今後も維持していくためには、以下のアクションが求められる。

■ 国のニーズに取り組むために何が有効かというエビデンスに裏付けられたアクションをとること。エビデンスに裏付けられた政策とプログラムの実施を確実にする。

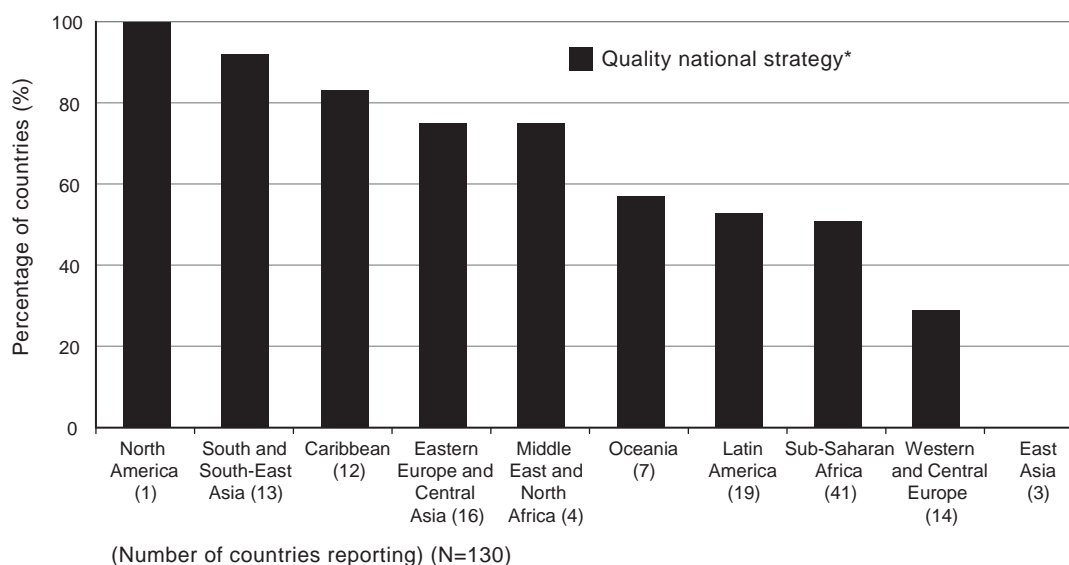
強力な公衆衛生動向調査に基づく決定により、資源のマッピングと有効な対策のエビデンス、効果的な国としての対策を、文書化された国のニーズと、エビデンスに裏付けられた戦略と対比させる。

しかしながら、各国の HIV に関する支出は国のニーズに必ずしも合致していない。これはとくに HIV の予算が感染リスクの最も高い集団への予防対策に使われるべき、陽性率の低い国または局限流行期にある国々に当てはまる（図 30）。HIV 陽性率が 1%未満であるラテンアメリカ地域では、2007 年の HIV 予防対策への支出は HIV 関連の支出の 15%にとどまっている。局限流行期の国々では、HIV 予防への支出において、費用対価の高いリスクの高い集団への集中的な介入よりも、一般人口への広い予防プログラムを選択する傾向にある。局限流行期にある国々では一般的に、最も感染リスクの高い集団に対するリスクの軽減プログラムが、HIV 予防対策への支出の 10%を占めているに過ぎない。



* Estimates in 138 low- and middle-income countries for implementing the most effective programmatic services as determined by data derived from national efforts to "know and act on your epidemic"
Source: UNAIDS, 2008.

図 30 ユニバーサルアクセスのために 2010 年には更なる局面の戦略のために必要となる対策



* One national multisectoral strategy and operational plan with goals, targets, costing, and identified funding per programmatic area, and a monitoring and evaluation framework.

Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 31 質的な国のエイズ戦略を実行している国の数の地域別割合

HIV に関する真のリーダーシップは何が有効かに注目することである。HIV 陽性者の旅行を制限したり、若者への予防プログラムを禁欲のみに制限したりする国があるが、指導者はそのような戦略は効果がないどころか逆効果であることを、公衆衛生のエビデンスによって理解することになる。

真の指導者は適切な政策を立てることで満足したりせず、戦略的行動の枠組みを完全にタイムリーに実施することを確実にする。97%の国々が国としての戦略を持っているにもかかわらず、プログラム目標を立て、予算配分を行い、資金調達先を明確にした実施計画を持っているのは 69%に過ぎない。サハラ以南のアフリカ地域の国々のなかで、HIV 戦略が UNAIDS の質的基準を満たしているのは約半数だけである（図 31）。

- **3年から5年の周期で戦略的計画策定と評価メカニズムを実施し、将来的な計画をたてる。** HIV に関する強いリーダーシップを長期の目標におき、国としてのエイズ対策を軽視するようなことを許さない。

真の指導者は、エイズの流行は一貫性とビジョン、柔軟性が要求される、世代にわたる課題であると認識している。3年から5年周期の計画策定が国としての対策に重要な役割を果たし、HIV がもたらす数十年にわたる課題を認識したうえで、長期の計画策定を行うことが不可欠である。ナミビアがその 1 例である。現在の HIV に関する 5 年計画は 2009 年までのものであり、2030 年までの長期開発計画の目標と戦略につながっている。

- 国の流行を沈静化させるために有効な、エビデンスに裏付けられた予防戦略に注目して、真に効果的な HIV 対策に資金を投入すべきである。HIV 予防は多くの国の対策で軽視されがちである。治療へのアクセスが拡大し、HIV による障害や死が見えにくくなり、コミュニティに油断を許し、指導者は予防プログラムに対する支出を減らそうとするからである。

HIV 予防対策が成功したところでは、リスクの削減を社会的規範にすることが一般的な動きとなり、予防サービスへの強い需要が生まれている。ここでも強いリーダーシップが必要なのは明らかである。強いコミュニティの関与を促し、支援するにはどうすればよいかについて多くのことがわかってきている。しかし、そのような動きを促すには、政府とその他の関係機関の HIV に関するアカウンタビリティ（説明責任）を強化するような戦略に資金を投入する英断が求められる。

- **プログラムの拡大と、男女不平等やスティグマと差別、社会的排斥など HIV リスクや脆弱性を高める社会的要素を取り除くような対策を同時に行う。**

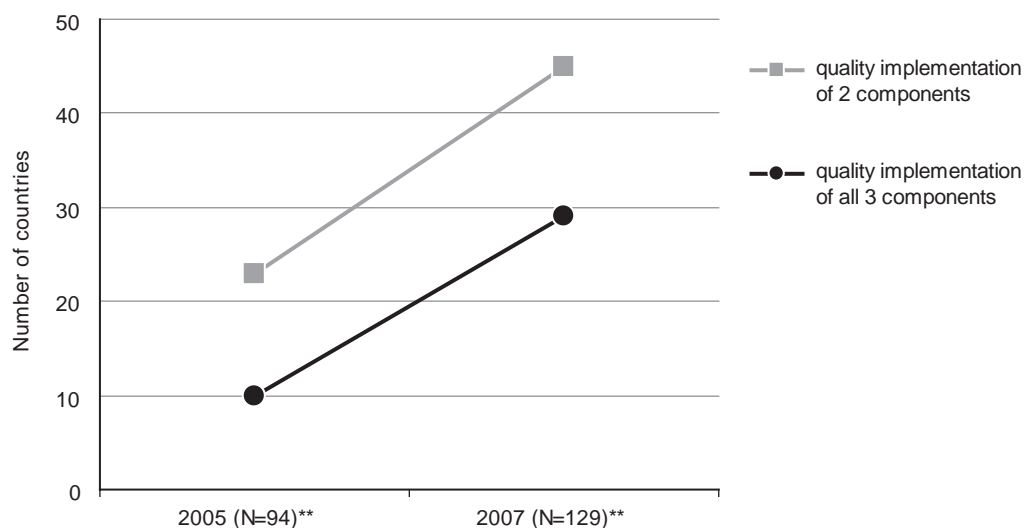
エビデンスに裏付けられた予防対策を支援するには、国が難しい問題に取り組み、将来的に賢明な資金投入を行い、HIV リスクと脆弱性を高める社会的要因と取り組むことが求められる。十分な政治的意思で HIV リスクと脆弱性の根源に取り組まないかぎり、エイズの流行は拡大し続け、HIV 対策の持続性を脅かすものとなるだろう。

HIV と闘うには、人間の性的指向、薬物使用といった、多くの人が居心地の悪さを感じることに取り組む必要がある。これにはまた社会が無視しがちな集団への思いやりや効果的なアクションが求められる。

- **HIV 陽性者が国の HIV 対策の先頭に立つことを促し、市民社会を国の HIV 戦略の策定、実施、評価に関与させる。** 政府首脳や省庁のリーダーシップは不可欠だが、効果的な国の対策はさまざまな実行者のコミット積極的関与と行動によるところが大きい。とくに HIV が高度に広がっているような国々では、コミュニティの団体、宗教団体、民間企業、若者や高齢者など、さまざまな局面で HIV に関するリーダーシップが要求される。とりわけ、HIV 陽性者は国の対策を指揮できるようにエンパワーされなくてはならない。しかしながら、非政府機関の情報源によれば、プログラムや能力構築のための財政的支援にアクセスできるのは市民社会の 20%に過ぎない（UNGASS 国別報告書 2008）。

- **全ての関係機関で、国の HIV 戦略とその優先順位の一貫をはかり、プログラムの拡大のための技術的支援の質と柔軟性を強化する。** 国の戦略および計画と国際的な開発援助の調和をはかる国際的な努力のなかで、HIV に対する各国のアクションは「スリー・ワンズ (Three Ones)」の原則を推進することを目標にしている。「スリー・ワンズ」とは、国として中心となるエイズに関する機関、国としての戦略枠組み、国としてのモニタリングと評価の機関を持つことである。さまざまな関係機関の努力が調整されない限り、HIV 対策は無駄となり、最適な戦略的焦点を欠く。

「スリー・ワンズ」の原則に基づいて、HIV 対策の実施において各国は目覚ましい進歩を遂げた（図 32）。しかし、効果的な対策を確実にするために必要な調整がなされた国は半数に満たない。約半数（45%）の政府が、国の HIV 戦略と調整がとれていない外部機関があると回答している（UNGASS 国別報告書 2008）。



* Quality implementation refers to:

- 1 One national multisectoral strategy and operational plan with goals, targets, costing, and identified funding per programmatic area, and a monitoring and evaluation framework;
- 2 One national coordinating body with terms of reference, a defined membership, an action plan, a functional secretariat, and regular meetings;
- 3 One national M&E plan which is costed and for which funding is secured, a functional national monitoring and evaluation unit or technical working group, and central national database with AIDS data.

** Only countries that have all three or two of the three components in place are displayed; other countries have only one or none of the components in place, or did not report.

Source: UNGASS Country Progress Reports 2008.

図 32 多くの国で「スリー・ワンズ」（国の統一した取り組み戦略、統合されたエイズ担当機関、国のまとまったモニタリングと評価機関）の質的改善を行なわれた

- 国の対策を技術面でタイムリーに効果的に支援するような、多国籍機関による継続的な努力が求められる。2008年、UNAIDSとエイズ・結核・マラリアと闘う世界基金（以下、世界基金）は、世界基金の助成金を投入して行う国のプログラムの実行と拡大を促進するために、両者のパートナーシップを強化することで公式に合意した。

UNAIDSの合同スポンサーと事務局は、各国に対して一貫した戦略的な国連機関の支援が行えるように、技術的支援を独立して行うことに合意した。技術支援施設は2008年末までに7つの地域に設立される。WHOは地域の「知識拠点」を設立し、各国が戦略的な情報をプログラムや政策に反映する支援を行う。

- 長期にわたる資金調達を可能にするような革新的なメカニズムを作り、ユニバーサルアクセスの世界的なターゲットに到達できるよう、十分な財源を集める。HIVへの強固な資金調達が今後数十年間、必要となる。低所得国では、国際的なドナーが今後HIVに関する資金のほとんどを提供する必要があるだろう。HIV対策のための長期的な資金調達を模索するなかで、多くの革新的な資金調達媒体が生まれた。例えば、プロダクト・レッドや国際医薬品購入ファシリティ (UNITAID) などである。長期のHIV対策への十分な資金確保のために、今後も革新的手法や国際的な関与、多方面のパートナーの関与が求められる。

普遍的な初等・中等教育、女性のための経済的機会、包括的で機能的な社会保障制度、農業セクターへの支援など、包括的で効果的なHIV対策に要求される広範囲のイニシアチブを支援するための資金を、

HIVの資金だけで確保できると期待することは非現実的なので、国際的なドナーは開発支援全体においてその大幅な増加を約束し、実行しなければならない。2005年現在、OECD加盟国のうち、「コミットメント宣言」やその他の国際協定で公約したとおり、開発援助に国民総所得の少なくとも0.7%を提供しているのは5ヶ国(デンマーク、ルクセンブルク、スウェーデン、オランダ、ノルウェイ)のみである(UNDP, 2007)。

この冊子について

これまで毎年 12 月 1 日の世界エイズデーの直前にリリースされた「AIDS Epidemic Update」(日本語版は HIV/AIDS 最新情報)は、本年は発行されておりません。そのかわり、この「Report on the global AIDS epidemic」が 2008 年 7 月頃、第 17 回国際エイズ会議(メキシコ市 2008 年 8 月開催)の直前に発表されました。ということでこれまでの「AIDS Epidemic Update」(HIV/AIDS 最新情報)のような最新データ集というよりも、世界各国の最新データを用い、近年のエイズの広がり傾向分析や、各国の反応、課題などを分析している内容となっています。この形式での報告は、今後 2 年ごと(国際エイズ会議のある年)に発行される予定です。

なおこの本の翻訳には、アジア太平洋地域 HIV 陽性者ネットワーク (APN+) 代表で、日本 HIV 陽性者ネットワーク (JaNP+) 国際ネットワーク部の川名奈央子さんにご協力いただきました。あらためて感謝申し上げます。

もし不明な点がありましたら、下記にある英語などの原版も参考にしてください。

この冊子の原書となる英語版はじめフランス語、スペイン語、ロシア語版は、以下の UNAIDS の出版物のウェブサイトからダウンロードできます。

<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/Publications/default.asp>

またこの日本語版はエイズ予防情報ネット (API-Net) の、世界日本の状況のコーナーからダウンロードできます。

<http://api-net.jfap.or.jp>

この冊子は関係諸機関に無料配布しておりますが、個人・団体の方でこの本を希望されましたら、在庫のある限り、実費送料のみでお分けいたします。またお気づきの点やお問い合わせなどありましたら、下記までお問い合わせください。

財団法人 エイズ予防財団 (日本版編集担当: 沢崎)

〒164-0061 東京都千代田区三崎町 1-3-12 水道橋ビル 5 階

電話: 03-5259-1811 FAX: 03-5259-1812

About this book

This report was first published in July 2008 prior to the XIIth International AIDS Conference, Mexico City in August. The annual series of "AIDS Epidemic Update" was not published in 2008. This Report on the global AIDS epidemic draws upon and publishes the best available data from countries and provides an overview and commentary on the epidemic and the international response. UNAIDS publishes a new "Report on the global AIDS epidemic" every two years.

JFAP thanks to Ms. Naoko Kawana, Co-chair, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+) and International Partnership Unit, Japanese Network of People Living with HIV/AIDS (JaNP+) for her contribution in this Japanese translation.

If you find some part difficult to interpret, please also refer to the original. You can see and download the original copy of this book (English, Spanish, French, and Russian) at the UNAIDS Website.

<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/Publications/default.asp>

This Japanese version can be found at JFAP website and download at the following website

<http://api-net.jfap.or.jp>

JFAP is distributing this copy to various institutes, communities and government sectors working on HIV/AIDS without any charge. If you want your own copy of this book, JFAP can send you just with your postal charge as long as we have the stock.

Japan Foundation for AIDS Prevention (c/o. Y. Sawazaki)

〒164-0061 Tokyo-to, Chiyoda-ku, Misaki-cho 1-3-12 Suidobashi building 5th floor

Tel: +81-3-5259-1811 FAX: +81-3-5259-1812

UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, brings together the efforts and resources of ten UN system organizations to the global AIDS response. Cosponsors include UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO and the World Bank. Based in Geneva, the UNAIDS secretariat works on the ground in more than 80 countries worldwide.

Uniting the world against AIDS



この著作に関する権利は、UNAIDS（国連共同エイズ計画）およびWHO（世界保健機関）が保有します。

All rights reserved for UNAIDS and WHO.



UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
e-mail: distribution@unaids.org

www.unaids.org