

10年間の進歩を経て、エイズ終結の 野心的目標に向け対応の再活性化を

HIVとエイズ政治宣言の実施状況に関する国連事務総長報告 2019

サマリー

18年前に国連がこの流行に関する最初の特別総会を開いた当時、エイズのない社会などは、ほとんど想像もできないことだった。以来、史上最大の保健危機の一つを克服するための世界の揺るぎない意志は、目覚ましい成果を上げてきた。10年前に比べ、治療を受けているHIV陽性者の数は、5.5倍に増えている。行動変容のコミュニケーションとコンドーム配布のプログラムは、様々な状況下で新規HIV感染を減らすことに成功してきた。そしてHIV母子感染の排除に成功した国も増えている。エイズ関連の疾病による世界の全年齢層における死者数、および子供の新規HIV感染はほぼ半減し、成人の新規感染も19%減っている。

この大きな成果を受け、持続可能な開発のための2030アジェンダには、エイズの流行を2030年までに終結させることが盛り込まれた。2016年の国連総会は、このターゲットの達成に向けて、HIV予防、検査、治療のサービスの急速な拡大が必要なことで合意した。

HIV陽性者が直面するスティグマと差別、有害なジェンダー規範など、そこには数多くの課題がある。若者や女性、キーポピュレーション（注射薬物使用者、セックスワーカー、トランスジェンダーの人たち、ゲイ男性など男性とセックスをする男性）、先住民、移住者、難民といった人たちが保健とHIVのサービスを利用することを法律や政策が阻んでいる国は多い。世界全体で見ると、低・中所得国のHIV対策資金は過去5年間、ほぼ横ばいの状態で推移している。

それでも今は、すべての地域の多くの国にとって、収入のレベルに関わりなく、国連総会で合意された2020年のターゲットへの軌道に戻る絶好の機会である。国連共同エイズ計画（UNAIDS）を含む国連機関は、国連改革のイニシアティブを通し、各国への支援をさらに高めようとしている。

この文書は、公益財団日本エイズ財団が翻訳した日本語仮訳版です。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現を目指す動きが広がっていることは、重要である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中心となる考え方は誰も置き去りにしないことなのだ。HIVの文脈で、誰も置き去りにしないようにするには、保健医療施設ベースの包括的なHIVサービスを含む保健医療給付に加え、政府の資金確保と制度改革を通して、社会的に弱い立場に置かれ、排除されがちな人びとが必要に応じて利用できるような公衆衛生、社会保障面でのサービスを確保することが求められている。

2020年ターゲットの達成に向けた政治の意思を再び強く持ち、行動を強化し、必要な勢いを生み出すために、加盟国は以下の勧告の採択を求められている：(a) HIV感染の一次予防を再強化する；(b) 90-90-90ターゲット達成に向けてHIV検査の多様化を進め、患者に合わせた保健医療ケアを提供する；(c) 社会から疎外され弱い立場にある人たちの権利を尊重し、そのための法的、政策的な環境を確立する；(d) 追加的資金を確保し、最も必要なところへのその資金を配分する；(e) コミュニティが重要な役割を担えるよう支援する；(f) 包括的なHIV対策をユニバーサル・ヘルス・カバレッジに組み込む。

【1】 HIVとエイズに関する2016年政治宣言からの成果

1. エイズへの対応（単一の致死感染症に対する世界最大の協調行動）は変化を続けている。流行の初期には世界の大半がHIV陽性者に背を向け、その拒絶の態度により、HIV感染とエイズ関連の死亡が危機レベルに拡大することを許してしまったのだ。世界のそうした考え方を変えてきたのは市民社会のアクティビズムだった。かつてない資金が動員され、低所得の状況下ではできるわけがないと嘲笑されていた目標に到達するという成果が、広く実現されてきた。

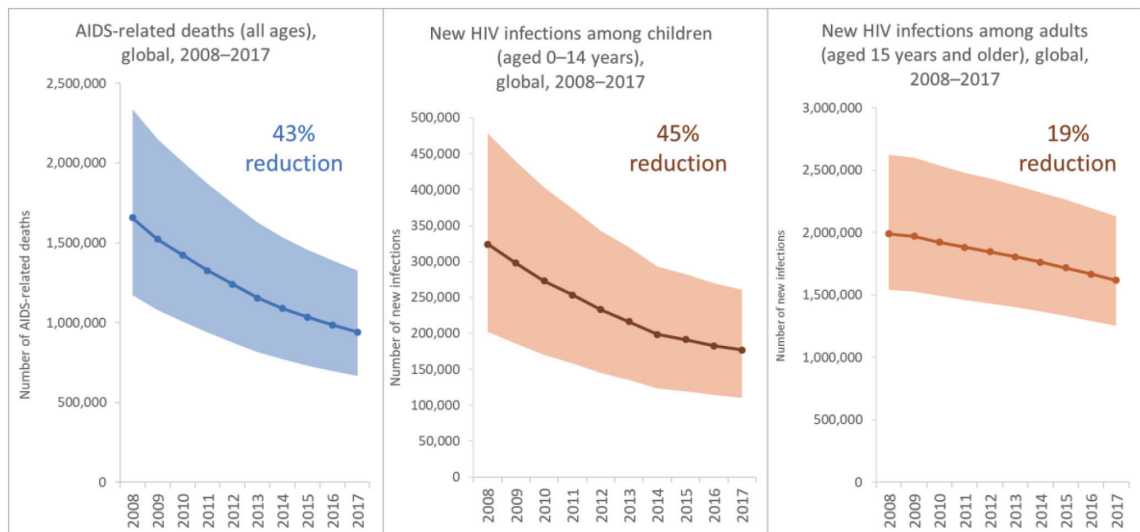
2. 国連総会は世界の野心的目標を定期的に鍛え直し、モニタリングを続けることで、その変化の中心的役割を担ってきた。2015年までに流行の拡大を止め、縮小に転じるというミレニアム開発目標（MDG）の達成を受け、国連総会は持続可能な開発のための2030年アジェンダにターゲットとして公衆衛生上の脅威としてのエイズ終結を盛り込んだ。2016年総会ではターゲット達成に向け高速対応戦略を設定している。2030年までに新規HIV感染とエイズ関連の死亡を90%減らすために、まずエビデンスに基づくHIV予防、検査、治療サービスの規模を2020年までに大急ぎで拡大するという戦略だ。¹

3. 高速対応アプローチの合意から3年後に国連合同エイズ計画（UNAIDS）に提出された各国の報告は、戦略の有効性を示している。エイズの影響が最も深刻な東部・南部アフリカでは、国内予算も国際資金も着実に増え、人権を重視しエビデンスを踏まえたプログラムの大規模な拡大を支えている。過去10年（2008–2017年）で、この地域のエイズ関連の年間死者数は53%減少し、新規HIV感染者数は36%減っている。一時はこの地域だけで年間100万人を超えていた死者数も現在は40万人以下となっている。

4. ラテンアメリカ・カリブ地域、西部・中部アフリカ地域、アジア太平洋地域、西欧・中欧・北米地域など世界の他の地域でも、HIV検査と治療の普及でエイズ関連の死亡が過去10年の間に大きく減少し、これらの地域の多くでは新規感染も減っている。

（注1）エイズ関連の死亡および新規HIV感染の90%減少は2010年を基準にした比較

図1 エイズ関連死亡とHIV感染に関する10年間の成果



Source: UNAIDS 2018 estimates.

5. 世界全体で見ると、エイズ関連の疾病による死亡と子供（0-14歳）の新規HIV感染は過去10年でほぼ半減した。成人（15歳以上）の新規HIV感染の成果はやや控え目で、2008年と2017年を比較すると世界全体の減少率は19%にとどまっている。（図1）

6. こうした成果は、保健医療施設や研究プログラム、世帯調査、キーポピュレーションを対象にした研究などで得たデータの収集と分析をもとに導かれてきた。HIVサービスの資金を最も必要性の高い地域や人口集団に投入するためのデータである。たとえば、ナイジェリアの世帯調査では、2018年の成人（15-49歳）のHIV陽性率は1.4%で、これまでの推計よりかなり低いのだが、一方で女性が極端に大きな影響を受けていることも明らかにされた。女性のHIV陽性率は1.9%で、男性は0.9%だった。

7. 医学研究はHIVサービスの提供を改善する役にも立っている。例えば、2013年から2018年にかけて南アフリカとザンビアで行われた大規模HIV予防研究によると、コミュニティのケア提供者が各世帯を訪問して包括的な保健とHIVサービスを提供することで、新規HIV感染は標準的なケア提供群に比べ、20%も減らすことができた。

8. HIVワクチンや治癒の研究も続けられている。アフリカでは現在、2つのワクチン候補の大規模第3相試験が進行している。10年前にタイで行われた臨床研究以来の試験である。2019年には骨髄移植を受けたHIV陽性者の2人目の長期緩解例が確認され、治癒の可能性に希望を与えた。ただし、そうした治療は困難で、危険も伴い、すぐに広げられるものではない。体内のリザーブ細胞でいったんHIVを活性化させてから、その細胞を叩くという実験的な「kick-and-kill」療法はいまのところ成功していない。遺伝子編集技術は、動物モデルの段階では期待できる結果がみられる。

9. HIV治療の実用面では、注射による長期持続型抗レトロウイルス薬の開発やドルテグラビルの第一選択薬としての使用などの研究が進展している。ドルテグラビルを基本にした治療薬の組み合わせは副作用が少なく、治療中断が起きにくく、早期のウイルス抑制が期待でき、薬剤耐性が起きにくい。妊娠時のドルテグラビル使用で胎児に重大な副作用の可能性があるという報告に対して

は、追加的な研究が進められている。一方で、世界保健機関（WHO）は医療提供者に対し、ドルテグラビル使用のリスクと利益に関する情報を女性に提供すること、最新の避妊の選択肢へのアクセスを改善すること、妊娠を考えている女性には他の治療の組み合わせを提案することなどを助言している。

検査と治療の90-90-90ターゲット

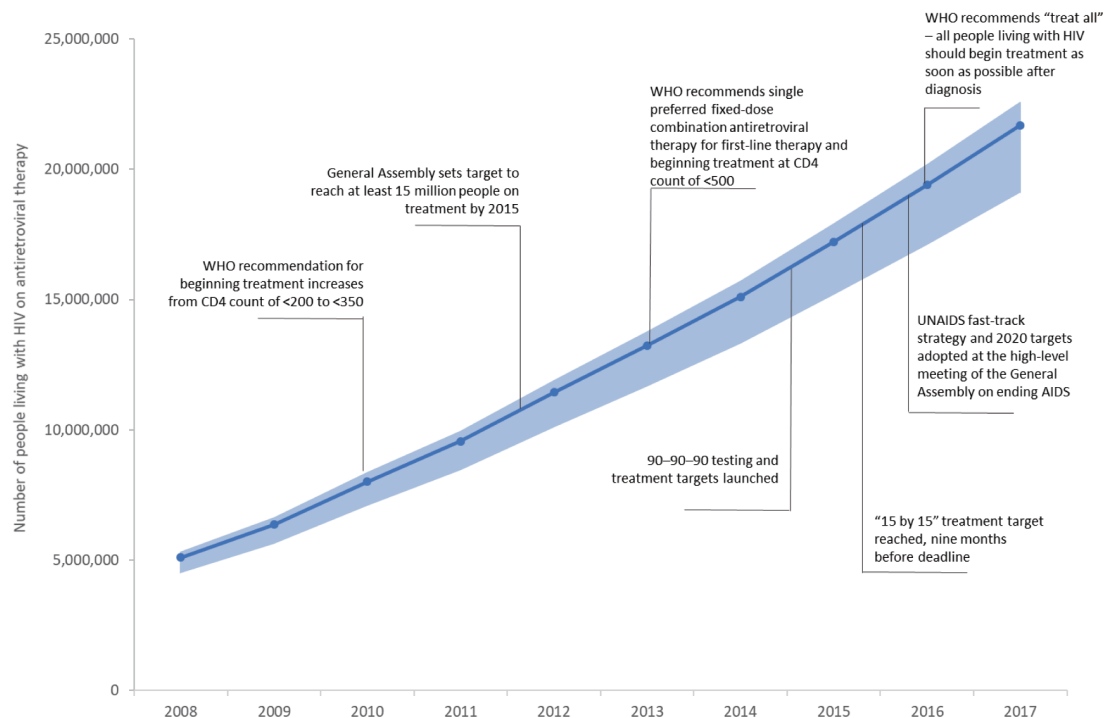
10. 抗レトロウイルス治療を受けているHIV陽性者は2017年現在、世界で2170万人 [1910万－2260万人] と推計され、10年前と比べると5.5倍に増えている。影響を受けているコミュニティが積極的に声を上げ、世界が明確な目標を共有し、すべての収入レベルの国々による投資の責任分担が進み、新技術の開発が続き、HIV陽性者への検査と治療のサービスを提供する方法の改善をはかってきたことが、HIV治療の強力がかつ着実な拡大を後押ししてきた（図2）。

11. ここ数年のHIV検査と治療の普及を促してきたのは、90-90-90の野心的ターゲットだった：2020年までにHIV陽性者の90%が自らの感染を知り、感染を知った人の90%が抗レトロウイルス治療を受け、治療を開始した人の90%が体内のウイルス量の抑制を果たすというターゲットである。HIVに感染したら可能な限り早く検査で感染を知り、感染が判明したら直ちに治療を開始し、ケアと定期的なウイルス量検査を続けることの重要性をこれらのターゲットは強調している。このアプローチでウイルス量の抑制を維持できる人が増えれば、HIV陽性者がエイズ関連の疾病を発症するのを防ぎ、同時に他の人にウイルスが感染するリスクを大きく低減させることにもなる。

12. 2017年末時点の推計では、世界のHIV陽性者の4分の3 [52－>95%] が自らの感染を知っている。このうち79% [59－>95%] が抗レトロウイルス治療へのアクセスを得ており、さらに治療を始めた人の81% [60－>95%] は体内のウイルス量が抑制された状態になっている。ただし、世界の平均値だけみていたのでは、地域や国によって大きな差があることは隠されてしまう。

13. ボツワナ、カンボジア、エスワティニ（スワジランド）、レソト、ナミビアなど、いくつかの中所得国はすでに90-90-90ターゲットを達成したか、ほぼ達成した状態になっている。西欧・中欧・北米地域、東部・南部アフリカ地域、ラテンアメリカ地域は、ターゲット達成の軌道に乗っているようだ。アジア太平洋地域とカリブ地域は大きな前進を果たしてきたが、2020年のターゲット達成にはなお、検査と治療のプログラムの充実をはかる必要がある。東欧・中央アジア地域、中東・北アフリカ地域、西部・中部アフリカ地域では治療の普及率が極めて低い。

図2 HIV陽性者の抗レトロウイルス治療へのアクセス拡大の軌跡、2008–2017



Source: UNAIDS 2018 estimates.

14. 自らの感染を知らないHIV陽性者の割合は検査の普及で減少している。コミュニティベースの検査により保健医療施設から遠いところに住む人たちも検査を受けやすくなった。HIV感染の高いリスクに曝されている人たちに適したサービスを提供し、スティグマや差別の軽減をはかることもできる。若者やキーポピュレーションには、ピア・アウトリーチ・ワーカーを通じた対応が成功していることも証明されている。HIV自己検査キットが利用しやすくなったので、若者や男性、キーポピュレーションのHIV検査普及状況が改善している。自己検査でリアクティブの結果が出た人を確認検査や治療開始に結びつけることにも、自己検査をピアが支援することで対応できる。HIV陽性が分かった人のパートナーや家族、その他の世帯内の人々が検査を受けられるようにするインデックス検査への支援も、とくに男性や子供など自発的検査とカウンセリング（VCT）を受ける可能性が低い人には効果的な方法であることが示されてきた。

15. 治療を受けている人を対象にしたウイルス量検査は、治療が効いているかどうか、ウイルス抑制を達成、持続できているかどうかを調べ、治療が失敗していたらそれを確認する方法として推奨されている。ウイルス量検査は、患者が治療への理解を深め、継続への動機を高める機会にもなる。医療提供者にとっては、ウイルス量が抑制され、医療施設を訪れる機会が減った人たちに適切な治療を提供できるようにする重要なツールとなる。ウイルス量検査の普及率は拡大している。HIV陽性率が高い国の中には、異例の拡大率を示しているところもある。例えばウガンダではウイルス量検査の普及率が90%以上の地区は1年間で29地区から70地区に増え、80%未満の地区は53地区から22地区に減っている。²

HIV 母子感染をなくす

16. 子供のHIV感染の減少は公衆衛生上の大きな勝利である。2008年から2017年の間に、世界で推定160万人〔100万–240万人〕の子供の新規HIV感染が回避されてきた。母子感染を予防し、自らも生涯にわたる治療を続けるために抗レトロウイルス治療を受けるHIV陽性の妊婦の割合が2008年の25%〔19–31%〕から2017年の80%〔61–>95%〕に増えたことがこの成果をもたらしている。³ 梅毒とHIVのスクリーニング検査を受ける妊婦の増加と治療アクセスの改善により、先天性梅毒の発生も2012年の推計75万2000件が2016年には68万3000件に減っている。低疾病負荷国の増加はHIVや梅毒の母子感染排除に確実につながってきた。HIV陽性率が高い国の中でエスワティニ、マラウイ、ジンバブエは母子感染の大幅な減少を果たしている。小児エイズの終結が近い将来、実現する可能性があることを示す成果である。

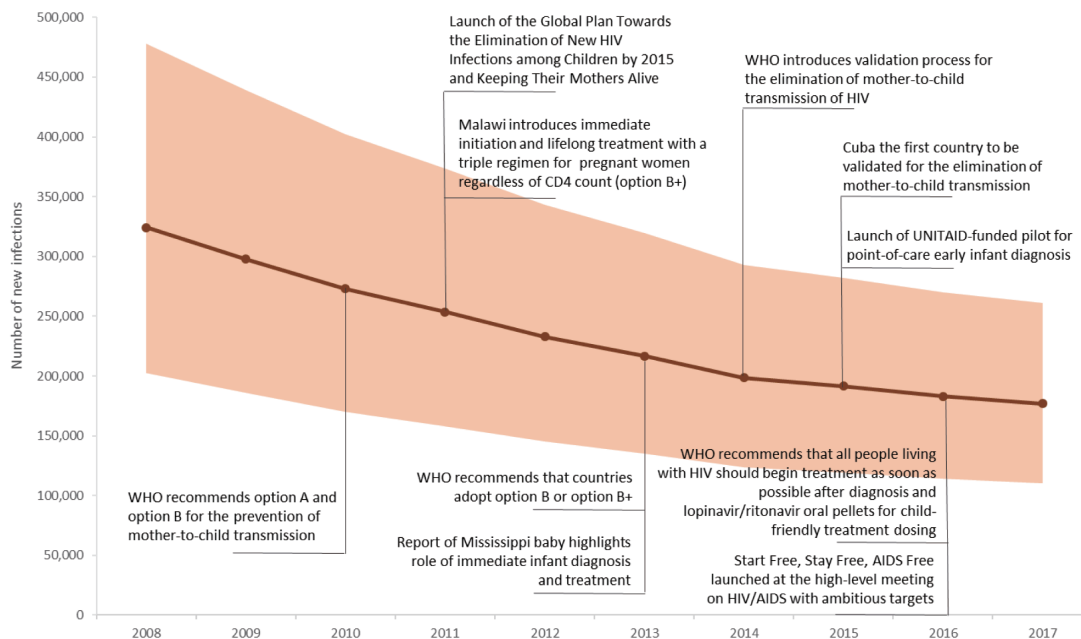
17. HIVの曝露を受けた小児に対し、治療を行っているその場で、ウイルス学的技術を用いた検査を提供して迅速な診断が可能になれば、フォローアップの遅れをなくし、免疫が低下する前に必要な治療を開始してエイズ関連の死亡を防げるようになる。⁴

(注2) Uganda, Ministry of Health, Viral Load Dashboard. Available at the website of the Central Public Health Laboratories: <http://cphl.go.ug>.

(注3) 2008年の推計にはネビラピンの単剤服用は省かれている。当時は広く使われていたが、効果が限られているため世界保健機関（WHO）がすでに推奨していないからだ。

(注4) Ilesh V. Jani and others, "Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients", AIDS, vol. 32, No. 11 (July 2018) .

図3 母子感染の排除に向けた子供（0-14歳）の新規HIV感染減少の軌跡2008-2017



Source: UNAIDS 2018 estimates.

Abbreviations: UNITAID, International Drug Purchase Facility.

HIVの一次予防

18. HIV一次予防は流行の初期段階からエイズ対策の中心であり、いまま感染を減らすための2020、2030ターゲット達成の基盤となっている。行動変容のためのコミュニケーションとコンドーム配布プログラムは多くの国で、HIVの感染率を引き下げた。最近の29件の研究に対するシステマティック・レビューによると、学校でのコンドーム配布は、若者のコンドーム使用を増やし、性感染症を減らすことがしばしばあり、その一方で、性的なデビューを早めたり、性行動が活発になったり、性パートナーの数が増えたりすることはなかった。⁵

19. 包括的セクシャリティ教育は、若者にとって安全かつ生産的で、やりがいのある生活への準備をするうえで中心的な役割を担い、同時にHIV予防のパッケージの重要な構成要素となっている。カリキュラムに基づくセクシャリティ教育プログラムは、若者が性交開始年齢を遅らせ、性交の頻度や性パートナーの数を減らし、リスクの高い行動を回避するようになり、コンドーム使用を増やし、避妊を行うようにする効果があることが示されてきた。また、包括的セクシャリティ教育は、ジェンダーの平等を尊重し、自分に自信を持てるようになるなど、他の重要な結果にも貢献していることがエビデンスとして示されている。⁶

20. 衛生的な注射器具の配布やオピオイド代替療法、ナルキソン、その他、UNAIDSや国連薬物・犯罪事務所（UNODC）、WHOが推奨する包括的サービス・パッケージを含むハームリダクシ

(注5) Eda Algur and others, "A systematic global review of condom availability programs in high schools", *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, No. 3 (March 2019)。

(注6) 国連教育科学文化機関（UNESCO）、国連合同エイズ計画（UNAIDS）、国連事項基金（UNFPA）、国連児童基金（UNICEF）、ジェンダー平等と女性のエンパワーメントのための国連機関（UN Women）、世界保健機関（WHO）『国際セクシュアリティ教育ガイダンス改訂版：エビデンスを踏まえたアプローチ』（パリ、2018）

ン策が利用しやすい国では、注射薬物使用者のHIV感染や薬物の致死的な過剰服用が大きく減っている。

21. 自発的男性器包皮切除や曝露前予防服薬（PrEP）など新たな生物医学的予防介入策の導入がここ数年、急速に進んできた。2017年には、HIV陽性率が高い東部・南部アフリカの14カ国で400万人が自発的男性器包皮切除手術を受けている。PrEPは北米、西欧、オーストラリアの数都市で広く利用され、ゲイ男性など男性とセックスをする男性の新規HIV感染診断の減少に貢献している。また、サハラ以南のアフリカとアジアの数カ国、およびブラジルでもアクセスが拡大している。

スティグマと差別、社会的排除のゼロに向けて

22. HIV流行の初期には、HIV感染の高いリスクに曝されている人やHIV陽性者に対するスティグマと差別によりエイズ対策はほとんど無力な状態に追い込まれた。こうした初期の失敗はいまなお尾を引いているものの、流行にまつわるスティグマと差別を一掃しようとする努力は、目に見える成果をあげてきた。HIV関連のスティグマについては、各国で様々な調査が行われ、減少が報告されている。たとえば、東部・南部アフリカでは、店主がHIV陽性の店で野菜を買わないという人の割合は2000－2008年に50.7%だったのが、2009－2016年には29.5%に減っている。

23. 健康に関しては、法律が基本的な決定要因となることが明らかにされてきた。⁷ HIVと法律に関する世界委員会は、法律がHIV陽性者の生活改善に資する可能性、および法システムが人々を差別などの人権侵害から守れない時にもたらす有害な影響に関し、莫大な記録を残している。2012年に報告書を発表して以来、89カ国以上が、法律の撤廃や改正を行ってきた。HIV感染や同性間の性関係、薬物所持を犯罪とみなす法律を撤廃した国もあれば、リプロダクティブライツや性教育、HIV陽性者およびHIV感染のリスクに曝されている人の人権を守る法律を制定した国もある。

24. 国連総会が2011年にHIV関連の入国・滞在・居住規制をなくすことを約束して以降、29カ国がそうした規制を撤廃、もしくはHIV感染の有無で差別はしない方針を公式に明らかにしている。そうした規制が依然、残る国は2017年現在、20カ国に減っている。

【2】サービスにおける大きなギャップ

25. エビデンスに基づく包括的なプログラムを拡大し、最も必要性の高い人と場所にサービスを届ける環境が整ったところでは、大きな成果が得られてきた。だが、2030年までにエイズ終結を実現しようという決意は十分に浸透しているわけではない。すべての地域が達成軌道には乗っておらず、流行が悪化している国も何十とある。

26. 例えば東欧・中央アジアでは、年間の新規感染件数が2010年当時と比べると30%も増えている。同じ期間に中東・北アフリカでは、エイズ関連の疾病による死亡が11%増えている。こ

(注7) Angela Maria Pinzon-Rondon and others, "Association of rule of law and health outcomes: an ecological study", *BMJ Open*, vol. 5, No. 10 (October 2015)

これらの地域では、キーポピュレーションに焦点を当てたサービスが極めて少なく、同時に他の地域を含むどこであっても、同性間の性関係や薬物使用、セックスワークを厳しく罰することが、ただでさえ少ないサービスの利用を妨げる恐るべき障壁となっている。

27. 西部・中部アフリカでは、国内資金の不足や脆弱な保健システム、公式・非公式に負担しなければならない医療費、人道状況、強いスティグマと差別などが、HIV検査と治療の拡大に向けた努力を阻害してきた。その結果、HIV検査から治療、ケアへの一連の流れに大きなギャップが生じている。2017年の推計では、この地域のHIV陽性者のうち自らの感染を知っている人は半数以下（48%）であり、抗レトロウイルス治療へのアクセスがある人は5人中2人（40%）、そしてウイルス量が抑制されている人は3分の1以下（29%）となっている。すべての地域において、最も感染リスクの高い人たちのニーズに合わせた一次予防サービスのコンビネーションが適切な規模と十分な内容で提供できているところはまれにしかない。

28. クリニックまでの距離が遠かったり、利用しにくい開業時間だったり、スタッフがHIV陽性者やHIV感染のリスクに曝されているキーポピュレーションに対し差別的だったりといった理由でHIVサービスへのアクセスが困難になると、こうしたサービスへの理解も低下する傾向がある。政策的および構造的な障壁があったり、効果が証明されている予防プログラムを必要な規模で提供できなかったりすると、思春期の少女や若い女性、感染の高いリスクに曝されているキーポピュレーション、社会から排除された集団の人たちは、予防サービスを受けられなくなる。不安定な食糧事情、HIV検査やウイルス量検査の費用、他の保健医療費、交通費、収入の減少なども治療開始の遅れや治療継続性の低下、HIV関連の死亡の増加につながる要因になっている。

29. ギャップはHIV検査と治療のカスケードの各段階を通して存在している。その結果、世界中のHIV陽性者の半数以上がウイルス量を抑制できない状態のままになっており、エイズ関連の疾病や死亡のリスクを高めている。また、このことが他の人に対するHIV感染の機会を増やす結果にもなっている。感染を知る人の割合、治療の普及率、ウイルス抑制の割合は、子供や若者、男性の間では一貫して低い。また、大半のエビデンスは、女性セックスワーカーや注射薬物使用者、トランスジェンダーの人たち、受刑者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性の治療継続性やウイルス抑制の割合が低いことを示している。

キーポピュレーション

30. 2017年には世界の新規HIV感染者のほぼ半数（47%）がキーポピュレーションかその性パートナーで占められているのに、多くの国でキーポピュレーションの人たちは、公衆衛生政策の担当者から無視されている。例えばハームリダクションのサービスが必要な規模で提供できている国は数えるほどしかない。刑法と威圧的な取り締まりが差別や迫害、暴力にお墨付きを与え、キーポピュレーションを社会から排除し、基本的な保健や社会保障サービスの利用を阻んでいる。同性間の性関係を犯罪とみなす法律や政策はいまなお68カ国以上で存在し、少なくとも17カ国ではトランスジェンダーの人たちの存在自体が犯罪となっている。セックスワークを犯罪としている国は116カ国を超え、33カ国では薬物関連の犯罪に関与した人は死刑になる可能性がある。保健医療の場におけるキーポピュレーションへのスティグマと差別は、HIV検査と治療を妨げる大きな障壁であり、診断や治療開始の遅れ、治療の中断を招いてエイズ関連の病気や死亡の増加につながることも確認されてきた。

31. HIV陽性者が直面するスティグマと差別は依然として受け入れがたいほど多

い。最近の調査によると、HIV陽性者に差別的な態度を持つ15–49歳の男女の割合は22カ国の中央値で50.4%（17.6–76.0%）だった。また、学校で子供同士がHIVに感染する可能性はほぼゼロであるにもかかわらず、HIV陽性の子供が学校に通い、HIVに感染していない子供と一緒に学ぶことに反対する15–49歳の男女は、中央値で31.2%（7.3–58.8%）を占めていた。多くの国でHIVの非開示や曝露、感染に対する過度な犯罪視が、スティグマを生み出す態度や差別的な行動に拍車をかけている。UNAIDSが2018年に検証したところ、HIVの非開示や曝露、感染を犯罪とする法律がある国は69カ国にのぼっていた。さらに、HIVに特化した法律はないものの、刑法の他の条文をもとに起訴することはあると報告した国も19カ国あった。

思春期の少女と若い女性を含む若者

32. サハラ以南のアフリカでは、乳児死亡率の低下と高い出生率により、人口全体に占める若年層の割合が大きくなっている。この「若者の膨張」にHIVの予防対策は追いついていない。若者のHIV予防に関する知識は過去20年、停滞したままだ。2012年から2017年にかけて行われた各国の調査では、サハラ以南のアフリカで自らをHIV感染から守る方法を知っている若者（15–24歳）の割合は、男性で34%、女性では28%だった。UNAIDSに報告を行った国のうち、中学校で包括的なセクシュアリティ教育を行うことを政策で決めている国は19%であり、95%の国は思春期の若者がHIV検査を受けるのに親の同意が必要だった。HIV陽性率が高い国にとって、コンドームのソーシャルマーケティングに対する国内および海外のドナーからの資金の減少は一次予防への資金減少の一部だが一コンドーム使用を妨げる大きな打撃となっている。

33. サハラ以南のアフリカにおける思春期の少女と若い女性のHIV感染率はいまでも高く、感染した女性の多くが母親となっている。2017年には、域内全人口の10%である思春期の少女と若い女性（15–24歳）が、新規HIV感染の4分の1を占めていた。エイズ関連の疾病は出産可能な年齢層（15–49歳）の女性の最大の死亡原因となっている。HIV陽性の妊婦の5人に1人はHIV感染の診断または治療を受けておらず、妊娠中や授乳期の女性のHIV治療継続率も低い。サハラ以南のアフリカで治療を開始した女性の20%が出産前にケアからドロップアウトしている。加えて相当数の女性が、妊娠中または授乳期にHIVに感染し、しかも感染を知らずにいるため、適切な時期に母子感染予防策をとれないでいる。

ジェンダーの不平等

34. ジェンダーの不平等と有害なジェンダー規範は女性、とりわけサハラ以南の若い女性のHIV感染のリスクを増大させている。教育へのアクセスが限られ、経済的な自立も困難で、家庭や社会における力関係が不平等なことは、女性が自分の健康を管理することを妨げ、HIV予防や性と生殖に関する健康サービスの利用を阻み、親密なパートナーからの暴力や性暴力を受ける原因となり、HIVや他の性感染症、望まない妊娠、妊産婦死亡のリスクを高めている。⁸ 親密なパートナーから暴力を受けている女性は、そうでない女性に比べ、HIV感染の可能性が50%も高い。⁹ 各国からの報告によると、娘と息子の相続権が平等ではない国が世界で39カ国ある。UNAIDSによる2018年の

調査では、女性が性と生殖に関する健康サービスを利用する際に配偶者またはパートナーの承諾を必要とする国が4カ国あり、世界銀行のデータによると結婚している相手に対するレイプを明確に犯罪としている国はわずか78カ国だった。

社会から排除された人口集団

35. 先住民や移民、難民に対する社会的な排除は、エイズ関連の疾病や死亡の増加を含め、この人たちの健康状態の悪化につながる。ブラジル、カナダ、インドネシア、ベネズエラの先住民の事例は、保健医療ケアを利用しにくくなれば、HIV感染とエイズ関連疾病のリスクが高まることを示している。^{10、11、12、13}

36. 移住により、HIV感染のリスクが高まる環境に身を置く人もいる。貧困や搾取を受けやすい労働環境、資格の否定、出身地または移住先（あるいは経由地）の感染症有病率などが移住者にHIV、結核、その他の感染症のリスクを高めている。また、滞在資格や言語、文化、料金、移住者への配慮を欠く保健政策や保健サービスなど数多くの要因が、移住労働者に必要な保健医療サービスの利用を妨げている。¹⁴ HIV陽性者に対する渡航規制がある国では、移住者がHIV検査や治療のサービスを利用しにくくなり、こうした脆弱性がさらに増す可能性もある。

37. 難民や国内避難民も保健医療その他の社会サービスを利用する際に同じような事態に直面する可能性がある。支援を得る手段のない人たちは、性暴力や搾取、あるいは社会的に弱い立場に追い込まれるリスクが高まり、ますます健康と福祉を脅かされることになる。難民や移住者がHIV強制検査の対象となるところもあり、HIV陽性と分かった人は移動の自由の制限などさまざまな人権侵害を受ける可能性もある。家を逃れなければならぬHIV陽性者もまた、治療を続けられず、エイズ関連疾病の発症や死亡の高いリスクに曝される恐れがある。緊急事態における食糧難も治療の継続に影響し、金銭や物品との交換を目的としたセックスなどHIV感染リスクの高い行動につながることもある。

(注8) Kristin L. Dunkle and Michelle R. Decker, "Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups", *American Journal of Reproductive Immunology*, vol. 69, No. s1 (February 2013); and Frank Chirowa, Stephen Atwood and Marc Van der Putten, "Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a secondary data analysis", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 5, No. 1 (2013).

(注9) Lori Heise and Elizabeth McGrory, eds., "Greentree II: violence against women and girls, and HIV", project report, STRIVE research consortium, August 2016.

(注10) Adele Schwartz Benzaken and others, "HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon", *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, No. 92 (2017).

(注11) A.C. Bourgeois and others, "HIV in Canada – surveillance report, 2016", *Canada Communicable Disease Report*, vol. 43, No. 12 (December 2017).

(注12) Leslie Butt, "Living in HIV-land": mobility and seropositivity among highlands Papuan men", in *From "Stone-Age" to "Real-Time": Exploring Papuan Temporalities, Mobilities and Religiosities*, Martin Slama and Jerry Munro, eds. (Canberra, ANU Press, 2015).

(注13) Julian A. Villalba and others, "HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns", *AIDS*, vol. 27, No. 11 (July 2013).

(注14) WHO, Regional Office for Europe, "Migration and health: key issues – Migrant health in the European region", 2016.

38. 人道上の緊急事態の発生頻度が高まり、規模が大きくなれば、影響を受ける HIV 陽性者も増える。国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) が世界食糧計画 (WFP) の協力で実施したモデリングによると、2016年に緊急事態の影響を受けた人は推計4億7900万人で、2013年の推計3億1400万人より増加し、人道上の緊急事態の影響を受けている HIV 陽性者数も 171 万人から 257 万人へと増えている。

貧困と脆弱性

39. 健康の権利は 1948年の世界人権宣言に掲げられている。ただし、70年が過ぎた現在でも、すべての所得レベルの国で、貧しい人たちや社会的に弱い立場の人たちの最低限の権利すら否定されていることがしばしばある。貧困は健康悪化の機会を増やし、医療とケアにかかる費用が健康を害した人をさらに深刻な貧困へと追い込むのだ。貧困に陥った人たちは豊かな人たちに比べると、収入の中で医療費の占める比率が極めて大きく、支払い不能の事態を避けるために医療保険に入ることも少ない。

40. 貧困と HIV 感染には複雑なつながりがある。貧困に追い込まれると HIV 感染リスクが高まるとは必ずしも言えないが、保健、経済、社会環境などから様々な影響を受けている。¹⁵ 例えば所得レベルは HIV 治療の成果を左右する重要な変数のようだ。南アフリカでは、(所得、財産、雇用状況に基づく) 社会経済的な立場が低い HIV 陽性者は、HIV 関連の原因で死亡するリスクが社会経済的な立場が高い HIV 陽性者と比べ 50% 以上も高い。¹⁶

41. 医療費をはじめとする費用の自己負担は、HIV 陽性者が医療やケアを利用するのを妨げることになる。¹⁷ 抗レトロウイルス薬は無料だとしても、検査や診察、日和見感染症の治療薬などの費用は、所得の低い人には負担が大きい。自己負担分の支払いは、社会的な立場が弱ければ弱いほど、様々な保健医療サービスの利用を妨げる要因になっている。¹⁸ 医療費の自己負担分は、すべての地域で、保健医療支出の大きな部分を占め (図 4 参照)、低・中所得国の中には、保健医療費の全支出額の 60% を超えることもある。

¹⁹

(注 15) Stuart Gillespie, Suneetha Kadiyala and Robert Greener, "Is poverty or wealth driving HIV transmission?", *AIDS*, vol. 21, supplement 7 (November 2007).

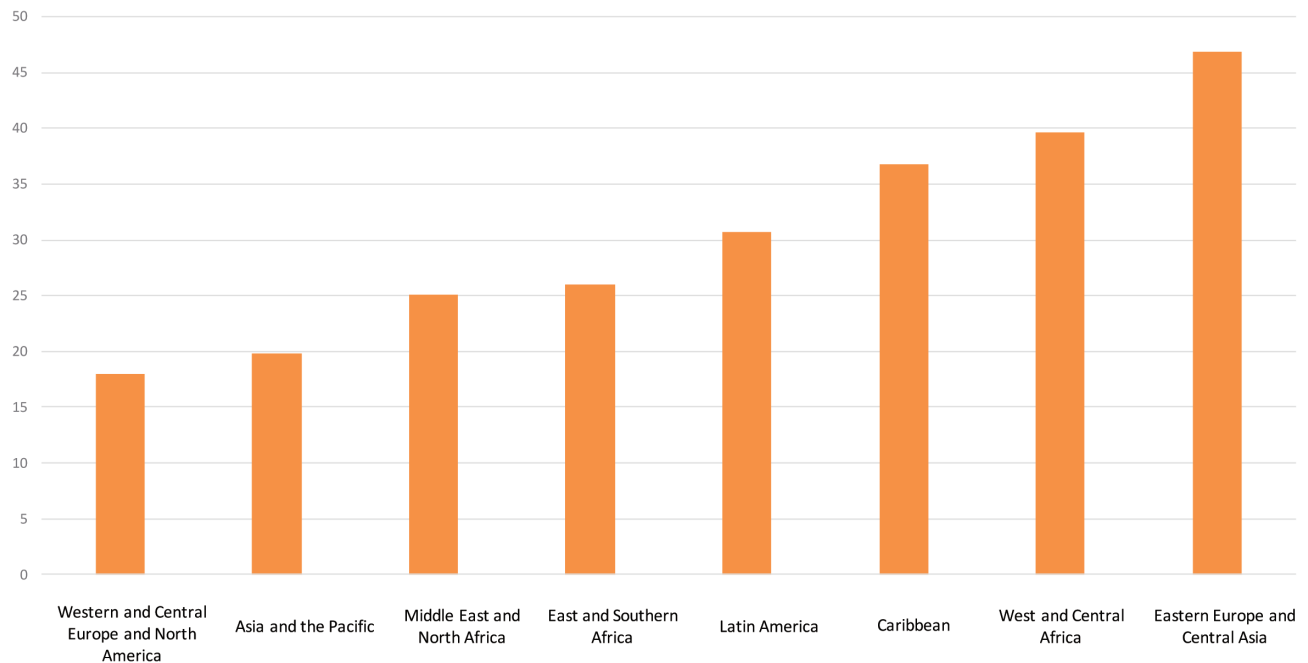
(注 16) Charlotte Probst, Charles D. H. Parry and Jürgen Rehm, "Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 21, No. 7 (July 2016).

(注 17) Shabnam Asghari and others, "Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review and framework synthesis", *AIDS Care*, vol. 30, No. 8 (2018).

(注 18) Chris D. James and others, "To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries", *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 5, No. 3 (September 2006); and Mylene Lagarde and Natasha Palmer, "Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people", policy brief prepared for the international dialogue on evidence-informed action to achieve health goals in developing countries, Khon Kaen, Thailand, December 2006.

(注 19) Organization for Economic Cooperation and Development, "Universal health coverage: facts and figures", December 2018.

図4 保健医療支出全体に占める世帯自己負担額の割合、域内平均2015



Source: WHO, Global Health Expenditure Database. Available at <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (accessed on 1 June 2018).

不十分な革新的技術の利用状況

42. ほとんどの地域でまだ、新しい検査技術を広く利用できるにはなっていない。UNAIDS に対し2018年にHIV検査の利用状況を報告した国のうち、医療専門職以外が検査を行うことを認めている国は32カ国、HIV自己検査を提供している国は14カ国、家庭でのHIV検査を提供している国は18カ国だった。パートナー告知への支援はもっと普及しており、報告のあった140カ国中、54カ国が、新たにHIV感染が分かった人に対し、自らの感染をパートナーに伝えられるよう、経験豊かな検査担当者が支援し、その結果、パートナーが希望すれば、HIV検査を提供していると答えている(図5参照)。

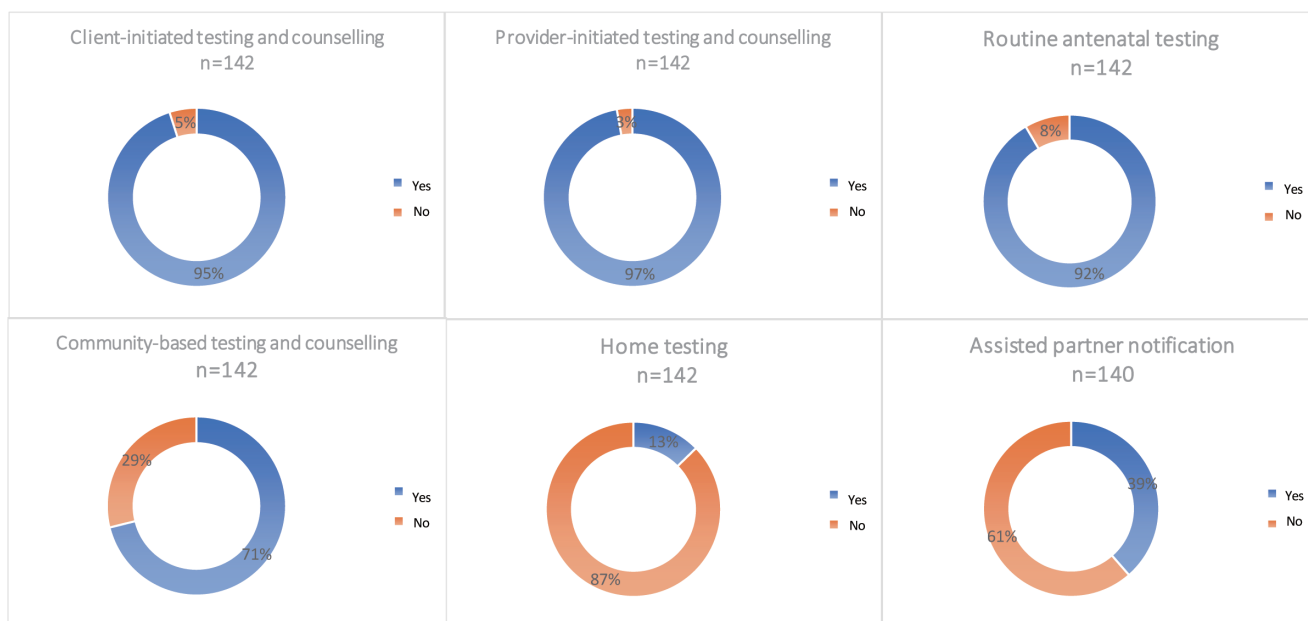
43. ウイルス量検査の普及率は世界各地で依然として低いところが多い。2017年にUNAIDSに報告があった79カ国の4分の1が、治療を受けているHIV陽性者でウイルス量を毎年、検査している人は半数に満たないと答えている。

44. 2020年までに世界全体で300万人が曝露前予防服薬(PrEP)を受けられるようにするというターゲットはなかなか進まない。2018年半ば時点の推計では、PrEP利用者は35万人で、米国がその3分の2を占めている。

不十分な投資

45. 10年以上にわたって続いていた低・中所得国のHIV対策への資金の増加は、2009年に経済不安の中で止まっている。金融市場が停滞し、保健分野における世界最大の脅威の一つと闘うための関心も失われてしまいそうだったことから、国連総会は低・中所得国に対する投資を5年間で拡大し、2020年には年間260億ドルとすることで合意した。2016年の『HIVとエイズに関する政治宣言：HIVとの闘いを高速対応軌道に乗せ、2030年のエイズ流行終結を目指す』に盛り込まれた高速対応ターゲットを低・中所得国が達成するには、推計でそれだけの資金が必要となるからだ。

図5 HIV検査アプローチに関する世界各国からの報告、2018

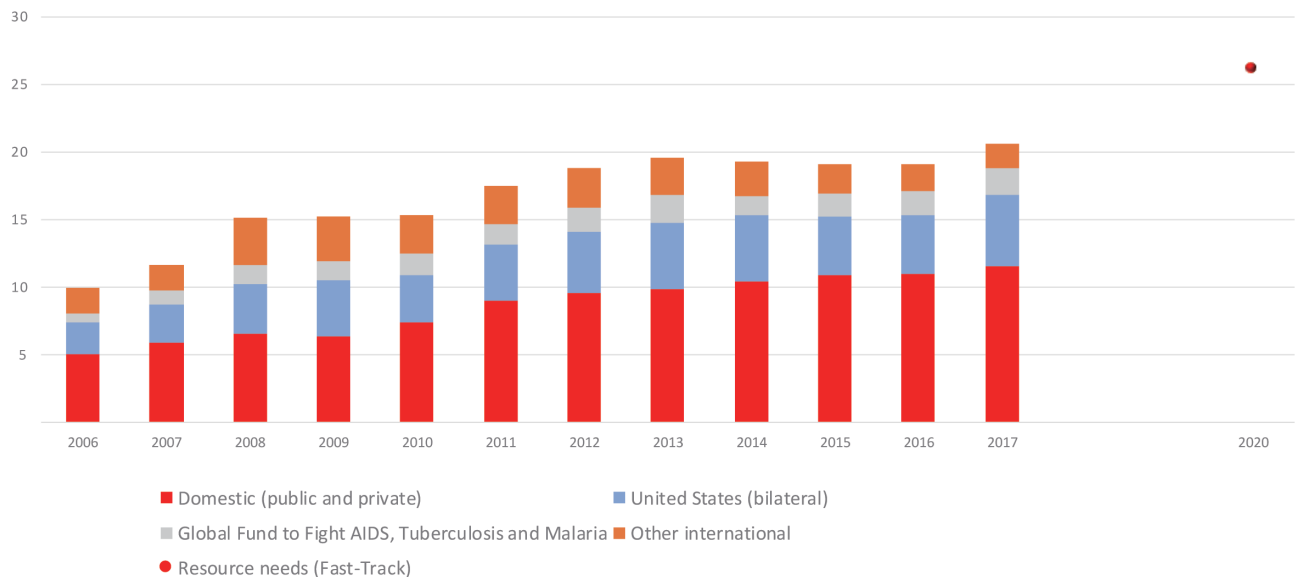


Source: WHO, 2018.

Abbreviation: n, number of countries that reported data.

46. 2012年から2016年間の低・中所得国のHIV対策資金は全体として頭打ちの状態だった。この間の傾向は、着実な国内投資の増加がドナーからの資金の減少を補うかたちになっている。2017年にはドナーからの支出が増え、国内投資の増加も続いていたので、206億ドル（2016年の米ドル換算）に増加した。低・中所得国の2020年ターゲットに必要な額のほぼ80%である。（図6参照）世界のエイズ対策の最大の支援者である米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）が資金の増額を約束したことは最近の歓迎すべき動きだった。しかし、2020年のターゲットを達成するには、さらに新たな援助資金と国内投資が必要である。2019年10月に開かれる世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）の第6次増資会合は、ドナーからの2020–2022年の資金拠出誓約を確保し、さらなる国内投資を促すために極めて重要な意味を持っている。

図6 低・中所得国が利用できるHIV資金、米ドル換算、資金源別、2000–2017、2020



Source: UNAIDS resource availability and needs estimates, 2018.

Note: Estimates for low- and middle-income countries as per 2015 World Bank income level classification. All figures are expressed in constant 2016 United States dollars.

エイズの孤立からの脱却

47. エイズ対策は孤立した状態では存在できない。HIVの性質が一感染方法という意味でも、免疫システムを攻撃するという意味でも一人を中心に据えた、多分野にまたがる包括的な対応を必要としている。数多くの保健、社会的な課題によってもたらされるリスクを低減し、HIV陽性者が直面する様々な症状に対応するにはそれが必要だからだ。たとえば、ヒトパピローマウイルスに感染すると、HIV陽性の女性は子宮頸がんの発症確率がHIVに感染していない女性より4倍から5倍、高くなる。²⁰ 結核はHIV陽性者の最も大きな、しかも防ぐことができる死亡の原因である。2017年には約30万人 [27万–34万人] が結核関連の原因で死亡していた。²¹ 2016年現在、注射薬物使用者の半数以上がC型肝炎にかかっており8人に1人がHIV陽性者だった。HIV陽性の注射薬物使用者の5人中4人は過去にC型肝炎ウイルスに感染していたか、現在感染している人であり、7%はB型肝炎ウイルスに感染していた。²²

48. 結核とHIVのサービスの統合がもたらす利益は明確であるにも関わらず、そうしたアプローチが広がっているとは言えない。2017年末時点でUNAIDSにデータを報告した117カ国中、HIV検査とカウンセリングを結核サービスと統合して提供している国はほぼ半数であり、HIVと結核の治療を全面的に統合している国は3分の1をわずかに上回る程度にとどまっていた (図7参照)。WHOの2017年推計によると、結核に感染しているHIV陽性者の半数は、結核感染に気付いておらず、結核治療も受けていない。診断が遅れば、死亡のリスクが高まり、多剤耐性結核や超多剤耐性結核のリスクもとりわけ高くなる。

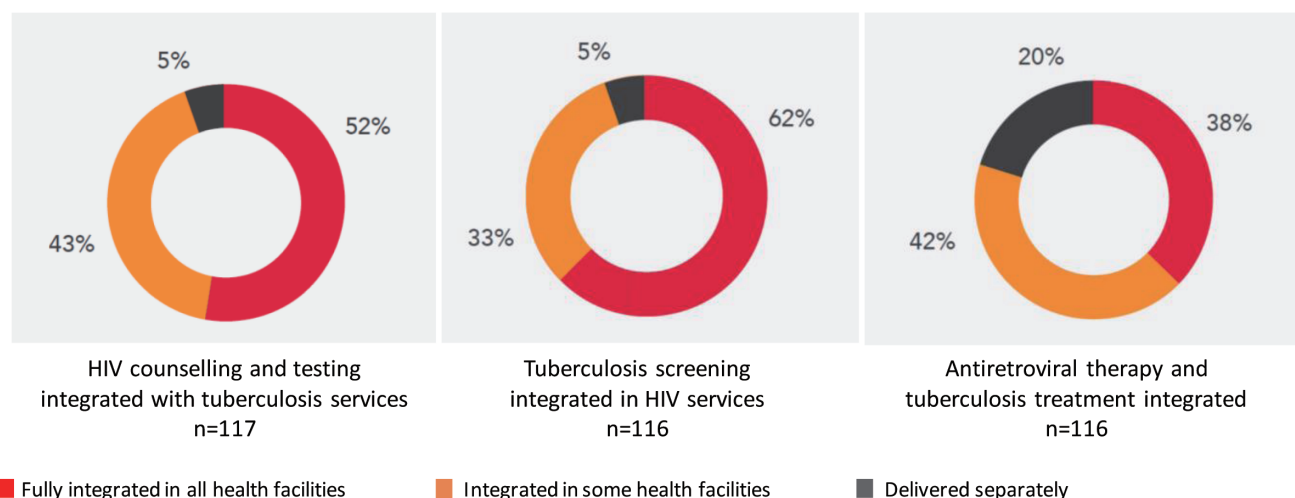
(注20) Sheri A. Denslow and others, "Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review", International Journal of STD and AIDS, vol. 25, No. 3 (March 2014).

(注21) WHO, "HIV-associated tuberculosis", fact sheet, 2018.

(注22) WHO, Global Hepatitis Report, 2017 (Geneva, 2017).

49. 分子技術の発展は、共通の基盤技術で異なる病気の迅速な診断が可能になりつつあることも意味している。こうした基盤は、技術的にも、財政的にも、国の保健システムの有効性を高め、同時にケアのアクセスを広げて人の生命を救うことにつながる。²³ 複数の病気を対象にしたサービスは、HIVについても他の保健に関する検査と同様に健康診断の一部としてルーティーン検査を行うことを促し、スティグマと差別を克服する助けにもなり得る。統合したサービスを提供する施設なら他の人が個人のHIV感染の有無を推測することは難しくなるからだ。²⁴

図7 HIVと結核のサービスを統合していると報告した国の割合、世界全体、2017



Source: UNAIDS, 2017 National Commitments and Policy Instrument.
Abbreviation: n, number of countries that reported data.

【3】誰も取り残さないユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて

50. 公衆衛生上の脅威としてのエイズ終結、および持続可能な開発目標に含まれる他の保健関連の約束の達成と71周年を迎えた世界人権宣言に不可欠な健康の権利の実現は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという目標に向かってどこまで進めるかに大きくかかっている。

51. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの動きは、すべての人がそれぞれに必要な質の高い保健サービスを受け、公衆衛生上のリスクから守られ、そして疾病による医療費負担や収入減の喪失で貧困に陥らずにすむことを目指している。手ごろな価格で質の高い保健医療サービスを受けられるようになれば、2030年までに極端な貧困をなくすことにも大きく寄与できるのだ。

(注23) WHO, "WHO advises on the use of multidisease testing devices for TB, HIV and hepatitis", 22 June 2017; and WHO, Global TB Programme and Department of HIV/AIDS, "Considerations for adoption and use of multidisease testing devices in integrated laboratory networks", information note, June 2017.

(注24) Baotran N. Vo and others, "Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya", AIDS Care, vol. 24, No. 11 (2012); and Population Council, "Assessing the benefits of integrated HIV and reproductive health services: the Integra Initiative".

52. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの基本原則は誰も取り残さないことである。それは10年以上にわたりHIV対策のマントラであり続けてきた。背後にある不公平は深くからみあっている。HIVは低所得国における4番目の死亡原因であり、サハラ以南のアフリカでは2番目の死亡原因となっている。²⁵ 誰も取り残さないことを実現するには、包括的なHIVサービスを含む医療給付パッケージに加え、政府資金による公衆衛生と社会保障面でのサービス提供、弱い立場に置かれ、社会から排除されやすい人たちが必要なサービスを利用できるようにする構造改革などが求められている。

53. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中心となる医療給付パッケージには、成人および子供向けのHIV検査と治療、母子感染予防、PrEP、自発的男性器包皮切除など保健医療施設をベースにしたHIVサービスを含めるべきである。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのプラットフォームがあれば、母子保健サービス、性と生殖に関する健康サービス、結核、肝炎、性感染症、非感染症、ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン、ハームリダクションなどのサービスとHIVサービスとの統合化をはかる現在の動きもさらに促すことができる。

54. 加えてユニバーサル・ヘルス・カバレッジには、コンドームの普及、行動変容介入、包括的セクシュアリティ教育、人権プログラム、スティグマと差別の解消、キーポピュレーションへのアウトリーチ・サービスなど幅広い分野で、公衆衛生もしくは社会保護のための資金を確保する必要も出てくる。

55. HIVにより大きな打撃を受けている低・中所得国では、HIVサービスの費用が保健支出全体に占める割合が大きく、中期的にみても包括的なサービスの費用を国内予算でまかなうことは困難に見える。流行のレベルがあまり高くない低・中所得国でも、生涯にわたるHIV治療の費用は、国の保健財政に重い負担となる。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのシステムに移行するにはドナーによる支援が必要だろう。支援を受けた国は保健財政に対する社会およびドナーからの信頼を得られるよう、健康情報や財政管理システムなど基盤となるシステムの強化をはかる必要がある。

【4】世界目標の達成にはより大きな政治の意思が必要

56. 法律や政策、習慣、慣行は様々なので、エイズ終結に向けた課題も無数にあり、国によって（そして国内でも）異なっている。政策の優先順位をめぐる競争があり、資金も限られているので、課題の克服は困難に思えることもある。しかし、エビデンスははっきり示されている：実現可能な環境は整い、様々な流行と所得の状況の中で高速対応のターゲットを達成してきたところもある。ターゲットが達成できれば、結果としてHIV新規感染もエイズ関連の死亡も着実に減少していくことになる。

57. 世界が2030年までに公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行終結の軌道に乗るには、一連

(注25) WHO, "Global health estimates 2016: estimated deaths by cause and region, 2000 and 2016".

の課題に対応し、すべての地域のすべての所得レベルで、もっと多くの国が2020年ターゲットを達成する政治的な意思を確認しなければならない。その反対に、現状に満足してしまえば、うまくいっても流行を引き延ばすだけだし、悪ければ再び危機を招くことになるだろう。このまま成人の高い新規感染率が続けば、生涯にわたって治療を続けるHIV陽性者の人口が増え続け、保健医療システムにかかる負担も毎年、重くなっていくのだ。

58. HIV対策で後れを取っている領域を中心に、各国が約束を果たせるようにする複数のイニシアティブが進められている。これらのイニシアティブは、国連改革という大きな文脈のもとに進められている。資金をより効果的に活用し、使命を果たすには、国連システムの改善を進め、各国が2030年の課題を実行できるようにしなければならない。国連11機関の合同プログラムであるUNAIDSは、広範な国連改革の中でその独自のモデルを洗練させてきた。

59. 成人の新規HIV感染がなかなか減らないことから、加盟国やドナー、市民社会組織、対策の実施担当者でつくる世界HIV予防連合がその対応策に取り組んでいる。国連人口基金の官民パートナーシップ構想はサハラ以南のアフリカで、税金や関税、複雑な手続きなど民間企業が直面する障壁に注意を払いつつ、コンドームの販売促進や普及を目指している。

60. 性と生殖に関する健康と権利とHIV介入の連携をはかる行動を呼びかけ、国連機関、国際的非政府機関の幅広い連合体は、性と生殖に関する健康の維持とHIVサービスのニーズに対応するための主要10戦略を提唱している。HIV陽性率の高い東部・南部アフリカの10カ国では、「2gether4SRHR」（性と生殖に関する健康と権利をともに）プログラムが統合されたサービス提供の拡大に取り組んでいる。

61. 若い人たちが、とりわけHIV陽性率の高い環境の中では、HIV予防やセクシュアリティ、性と生殖に関する健康について正確な情報を得られるようにする必要があることは、2018年に改定された国際セクシュアリティ教育ガイダンスも取り上げ、学校で包括的なセクシュアリティ教育を行うことの重要性を強調している。

62. HIVに関連したあらゆるかたちのスティグマと差別の解消を呼びかける新たなグローバル・パートナーシップが2018年に発足し、すでに多数の国がスティグマと差別の解消に向けた行動を誓約している。The Start Free, Stay Free, AIDS Free計画は、子供や思春期の若者、若い女性のHIV陽性者が多い23カ国で、子供に関しては、公衆衛生上の脅威としてのエイズ終結を実現することを目指し、人権を基本にした一連の介入策を推進している。²⁶

63. 世界全体で300以上の都市が高速対応都市計画に参加している。都市圏における90-90-90ターゲットの達成に焦点を当て、包括的HIV予防サービスを広げ、スティグマと差別による悪影響をゼロに導く計画だ。発足から5年を経て、2019年9月には第1回国際高速対応都市会議がロンドンで開催され、分野をまたがる課題に取り組み、ベストプラクティス事例を共有することになる。

(注26) アンゴラ、ボツワナ、ブルンジ、カメルーン、チャド、コートジボアール、コンゴ民主共和国、エスワティニ（スワジランド）、エチオピア、ガーナ、インド、インドネシア、ケニア、レソト、マラウィ、モザンビーク、ナミビア、ナイジェリア、南アフリカ、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ

【5】 勧告

64. HIV対策は目覚ましい成果を達成してきたが、その成果には、ばらつきがある。何十という国、あるいは地域全体が、2016年のHIVとエイズに関する政治宣言で合意した2020年ターゲットの実現が困難になるという危機に直面している。加盟国は政治の意思を取り戻し、行動を強化することで、国連総会が設定した2020年ターゲット達成に必要な勢いを生み出し、2030年までに公衆衛生上の脅威としてのエイズを終結に導く軌道に乗せるために、以下の勧告の採択を強く求められている。

勧告1：HIVの一次予防を再強化する

65. 世界HIV予防連合は、HIV予防2020ロードマップを作成した。²⁷ 各国が全国あるいは各地方で予防ターゲットを設定し、HIV一次予防のプログラムの充実強化を図るために必要な共通課題が示されている。2017年の同連合設立以来、新たに各国別予防連合もでき、HIVの影響を大きく受けている国の多くが国家予防戦略を改訂した。こうした戦略を直ちに国の対策に反映させなければならない。

勧告2：90-90-90ターゲット達成に向けてHIV検査の多様化を進め、患者に合わせた保健医療ケアを提供する

66. HIV陽性者の90%が自らの感染を知るという最初の90のターゲット達成には、HIV検査のための多様なアプローチが必要なことを90-90-90ターゲット達成国の経験は示している。そうしたアプローチには、医療提供者主導の検査、コミュニティで行う検査、ピア（仲間による）アウトリーチ、インデックス検査（新たに感染が分かった人と感染リスクの高い接触があった人を対象に行う自発的検査）、自己検査などが含まれる。HIV診断の後は、診断された人の90%が必要な治療を受け、さらにその90%が体内のウイルス量を低く抑えた状態を維持できるようにするため、抗レトロウイルス治療の即時開始、服薬の継続を支援する仕組み、定期的なウイルス量検査などが必要になる。保健医療分野の人材が不足しているところでは、医師から看護師へ、そして看護師からコミュニティ・ヘルスワーカーへの職務権限の移譲も含め、患者に合わせた保健医療ケアを提供できる体制を整えることで、治療の普及率が高まることが示されている。

勧告3：社会から疎外され弱い立場にある人たちの権利を尊重し、そのための法的、政策的な環境を確立する

67. HIV感染の高いリスクに曝されているキーポピュレーションを含め、社会から排除されやすく、弱い立場にある人たちに、必要な保健とHIV対策が確実に届くようにするには、そのための努力が必要になる。HIVと法律に関する世界委員会は、基本的人権を尊重し、効果的かつ持続可能な保健対策を確実に実施する方法について詳しく記述している。²⁸

勧告4：追加的資金を確保し、最も必要なところへのその資金を配分する

68. 2020年から2022年までのHIV・結核・マラリア対策の資金として、グローバルファンド

(注27) 以下を参照

www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-roadmap_en.pdf

(注28) HIVと法律に関する世界委員会による全30項目の勧告は2018年補足「リスク、権利、健康」でみることができる。

は少なくとも140億ドルが必要だとしている。このターゲットを完全に満たすことは極めて重要ではあるが、それでもなお、世界が公衆衛生上の脅威としてのエイズ終結を2030年に実現するための軌道に乗るわけではない。2016年政治宣言が求めた高いレベルのサービスの実現には、援助資金も国内予算もさらに継続して増やしていかなければならない。効率性を高めることも必要だ。きめ細かいデータ収集に基づくエビデンスを踏まえた地理的・人口的アプローチを活用し、最も必要性の高い人と場所に焦点を当てたサービスに国内および国際資金が使えるようにしなければならない。

勧告5：コミュニティが重要な役割を担えるよう支援する

69. 世界のHIV対策が異例の成果を上げてこられたのは、市民社会によるアドボカシー活動がこれまでに例のないかたちで進められてきたからであり、重要なサービスの普及率を高めるにはさらに市民社会の参加が必要になる。HIV陽性者やキーポピュレーションのコミュニティ、女性、思春期の少女、若者などが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するためのシステム作りも含めた保健、社会プログラムの企画、実施、モニタリングに加わるようにしなければならない。リーダーシップを発揮し、方針決定を行える地位に女性が加わることがその鍵となる。コミュニティに立脚した組織が公的資金を得てサービスを提供できるようにするには、国および地方における社会契約のシステムが必要になる。

勧告6：包括的なHIV対策をユニバーサル・ヘルス・カバレッジに組み込む

70. 2019年9月のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連総会ハイレベル会合は包括的なHIV対策をユニバーサル・ヘルス・カバレッジに組み込む機会でもある。エビデンスに基づくHIV介入が包括的な医療給付パッケージや公衆衛生キャンペーン、公的教育システム、社会保障の中に含まなければならない。国内および国際資金が有効に活用できるようにするには、透明性が高く、しっかりとした公的資金管理システムが必要になる。