GLOBAL REPORT

UNAIDS レポート
「世界のエイズ流行 2012年版」

UNAIDSレポート「世界のエイズ流行 2012年版」（日本語版）は、公益財団法人エイズ予防財団により作成されました。本冊子は非売品であり、HIV／エイズに取り組む関係諸機関に無料配布しております。

内容は、2012年11月下旬の発表時の英語原版に基づいており、その後に追加発表されたページは含まれていません。

エイズ予防情報ネット（API-Net）内の以下のURLからダウンロードできます。
http://api-net.jfap.or.jp/status/world.html
英語原版は、以下のUNAIDS（国連合同エイズ計画）のホームページからダウンロードできます。
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf

なお、翻訳上のくい違いがある場合は、英語原版の内容を優先します。

日本語版発行：公益財団法人エイズ予防財団
住所　101-0061　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

Copyright © 2012
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
All rights reserved

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

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012

"UNAIDS / JC2417E"

1.HIV infections – therapy. 2.HIV infections – diagnosis. 3.HIV infections – epidemiology.
4.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. 5.International cooperation. I.UNAIDS.

ISBN 978-92-9173-996-7 (Printed version)　　(NLM classification: WC 503.6)
ISBN 978-92-9173-592-1 (Digital version)

GLOBAL REPORT

UNAIDS レポート
「世界のエイズ流行 2012年版」

目 次

はじめに 2

エイズの流行状況 4

1章 性行為による感染 12
2章 注射による薬物使用者 30
3章 子どものHIV感染と母親の生存 38
4章 治療 46
5章 結核とHIV 54
6章 資源と支出 58
7章 ジェンダーとHIV対策 66
8章 スティグマ、差別、法律 74
9章 入国、滞在、居住に関する制限の撤廃 82
10章 統合 86

参考文献 92

INTRODUCTION はじめに

国際社会はエイズの流行の終結に向けて歴史的な探求を始めたところである。

このような努力は先見の明があるというだけではない。十分に実現可能である。成人と子どもの新規 HIV 感染者数の減少、エイズ関連疾患による死亡者数の減少、進捗を加速させる政策枠組みの実施など、これまでにない成果が得られた。これまでエイズによって大きな打撃を受けた国やコミュニティに、新たな希望の時代が到来した。

しかし、コミットメントや連帯を継続させ、維持し、利用できるエビデンスや限られた資源を効率的かつ効果的に利用することでのみ、エイズのない社会は達成できる。

エイズの終結に向け、計画を進めるべく重要な時期を認識し、各国は 2011 年、「国連 HIV ／エイズに関する政治宣言：HIV ／エイズの流行終結のための対策強化（以下、政治宣言）」*(1)* を宣言した。これは、2015 年までに達成する野心的な目標に向けて具体的な措置を講じるものである。この政治宣言に基づいて、国連合同エイズ計画（以下、UNAIDS）は 2015 年までに達成する 10 の目標を設定した。

1. 性行為による感染を半減させる
2. 注射による薬物使用者の HIV 感染を半減させる
3. 子どもの新規感染をなくし、エイズ関連疾患で死亡する母親の数を大幅に減らす
4. 1500 万人に抗レトロウイルス療法（以下、抗 HIV 治療）を提供する
5. 結核によって死亡する HIV 陽性者を半減させる
6. 世界のエイズ対策資源のギャップをなくし、低・中所得国に対する世界投資額を年間 220 億～ 240 億米ドル（以下、ドル）にまで拡大する
7. 男女の不平等と女性への虐待および暴力をなくし、女性や女児が自らを HIV 感染から守れるような能力を高める
8. 人権と基本的自由を完全に達成できる法や政策を促進することにより、HIV 陽性者や HIV の影響を受けている人々に対するスティグマと差別をなくす
9. HIV 陽性者の入国、滞在、居住に関する規制をなくす
10. 国際的な保健・開発分野におけるエイズ対策の統合を強化するために、HIV 関連のサービスが分野ごとに独立して存在する仕組みをなくす

2011 年の政治宣言の目標を採用し、各国は自国のエイズ対策が直面する問題や進捗状況を監視し、報告することを約束した。2 年ごとの進捗報告を容易にするため、UNAIDS は各国が報告すべき主要な指標を作成した *(2)*。

2012 年、186 ヵ国が自国のエイズ対策の進捗に関する包括的な報告書を提出した。これは国連加盟国 193 ヵ国の 96％にあたり、他の国際的な保健および開発分野のモニタリングシステムに比べて、この「国際的なエイズ対策の進捗報告（The Global AIDS Response Progress Report）」のシステムが最も有効に機能していることを示すものであり、エイズ対策への国際的なコミットメントの広がりと奥行きを象徴している。

186
報告のある国

2012年、186ヵ国が自国のエイズ対策に関する包括的な報告書を提出した。これは国連加盟国の96%にあたる。

各国から提供された情報をもとに、本書では、2011 年の政治宣言で設定された目標到達に向けた対策の現状をまとめた。各目標の状況に加えて、本書は主要な動向も明らかにしている。主要な指標に対する得点表を用いることで、各国間の比較が可能になっている。また、地域的な分析を行うことで、地域ごとの進捗状況を比較することもできる。本書はさらに、推奨される政策やプログラムが実行されていない事例にも焦点を当てている。

世界的なエイズ対策のモニタリングの一部として、各国は自国のエイズ政策の枠組みについて広範囲にわたる調査を実施した。「国のコミットメントと政策測定（The National Commitment and Policies Instrument）」は、エイズに関する国の戦略についての情報や、市民社会や主要な構成組織の参画、HIV の予防と治療の政策アプローチについての情報を入手している。

本書にまとめられた結果は希望を与えるものである。なぜなら、今日までに遂げられた進捗により、2011 年の政治宣言で設定した目標は実現可能である、と示されているからである。しかし、同時に、2015 年の目標達成にはさらなる大きな努力が求められることも明らかになっている。

STATE OF THE EPIDEMIC エイズの流行状況

エイズは今でも世界で最も深刻な保健課題ではあるものの、過去 10 年間のエイズ対策における国際社会の連帯は保健分野に驚くべき成果をもたらし続けている。新たな感染を予防し、エイズ関連疾患による死亡者数を減らす新しい強力なツールの出現により、HIV 関連のプログラムの規模拡大という歴史的な成功が実現した。これによりエイズ流行の終結の基礎を築くことが可能になった。

エイズ関連のニュースの多くは明るいものであるが、課題も多く残っている。世界中で新たに HIV に感染する人の数は減っているものの、多くの地域で流行の拡大は続いている。また、エイズが原因で亡くなる子どもの数や子どもの HIV 感染は減っているが、エイズに関する 10 の目標を達成するにはさらなる努力が求められる。

世界全体の流行状況

2011 年末現在、世界の HIV 陽性者数は 3400 万人［3140 万～ 3590 万人］である。15 ～ 49 歳の成人の約 0.8% が HIV に感染していることになるが、流行の程度は国や地域によって大きな差がある。

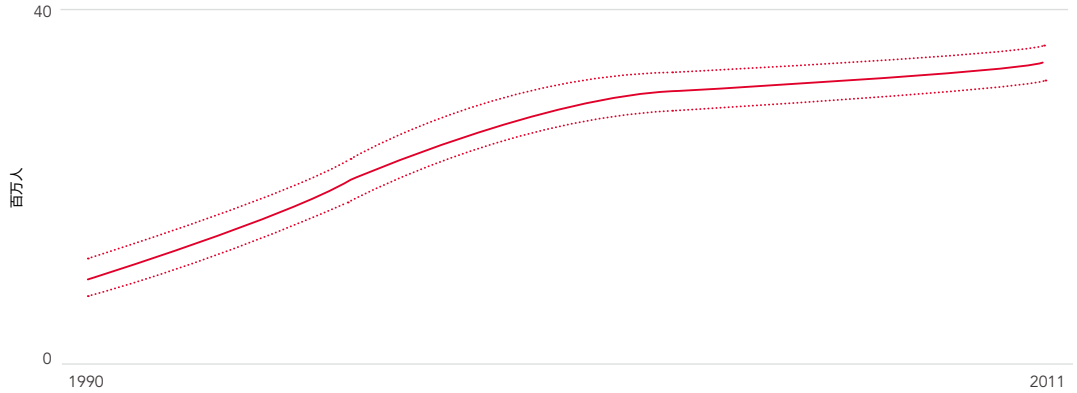
サハラ以南のアフリカが最も大きな影響を受けている地域であることに変わりはなく、成人の約 20 人に 1 人（4.9%）が HIV 陽性者である。同地域の HIV 陽性者数は世界の 69% にあたる。サハラ以南のアフリカの HIV 陽性率はアジア地域と比べておよそ 25 倍高いとはいえ、南アジア・東南アジア・東アジアの陽性者数は約 500 万人である。サハラ以南のアフリカに次いで成人陽性率が高いのはカリブ諸国と東欧・中央アジアで、2011 年の陽性率は 1.0% である。

新規感染の減少

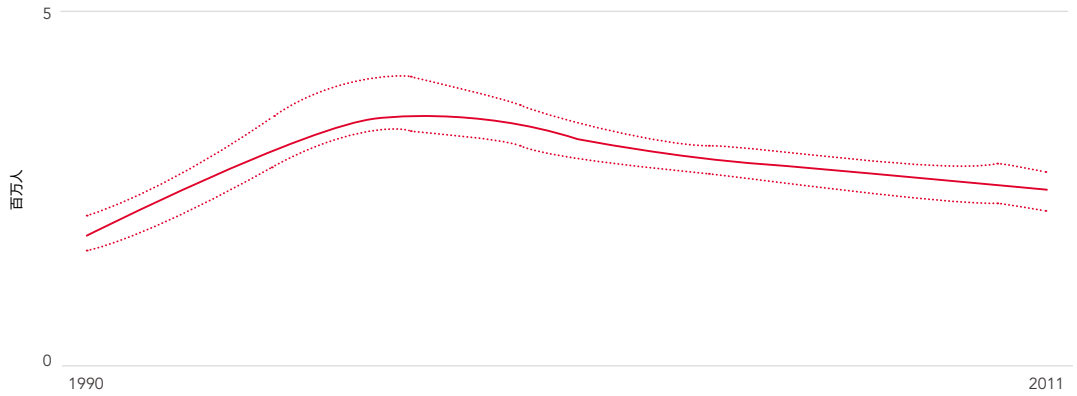
世界全体では新たな HIV 感染は減り続けている。2011 年に新たに HIV に感染した人（成人と子ども）の数（250 万人［220 万～ 280 万人］）は、2001 年に比べると 20% も減少している。しかし、これも地域によって大きな差がある。最も大きく減少したのは、カリブ諸国（42%）とサハラ以南のアフリカ（25%）である。

世界のHIVの動向(1990-2011年)

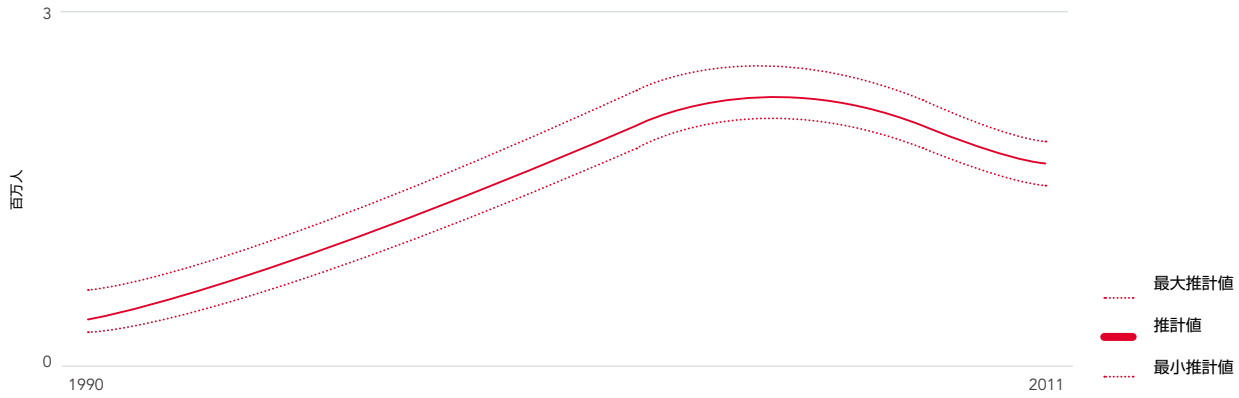
HIV陽性者数(世界)(1990-2011年)



新規HIV感染者数(世界)(1990-2011年)



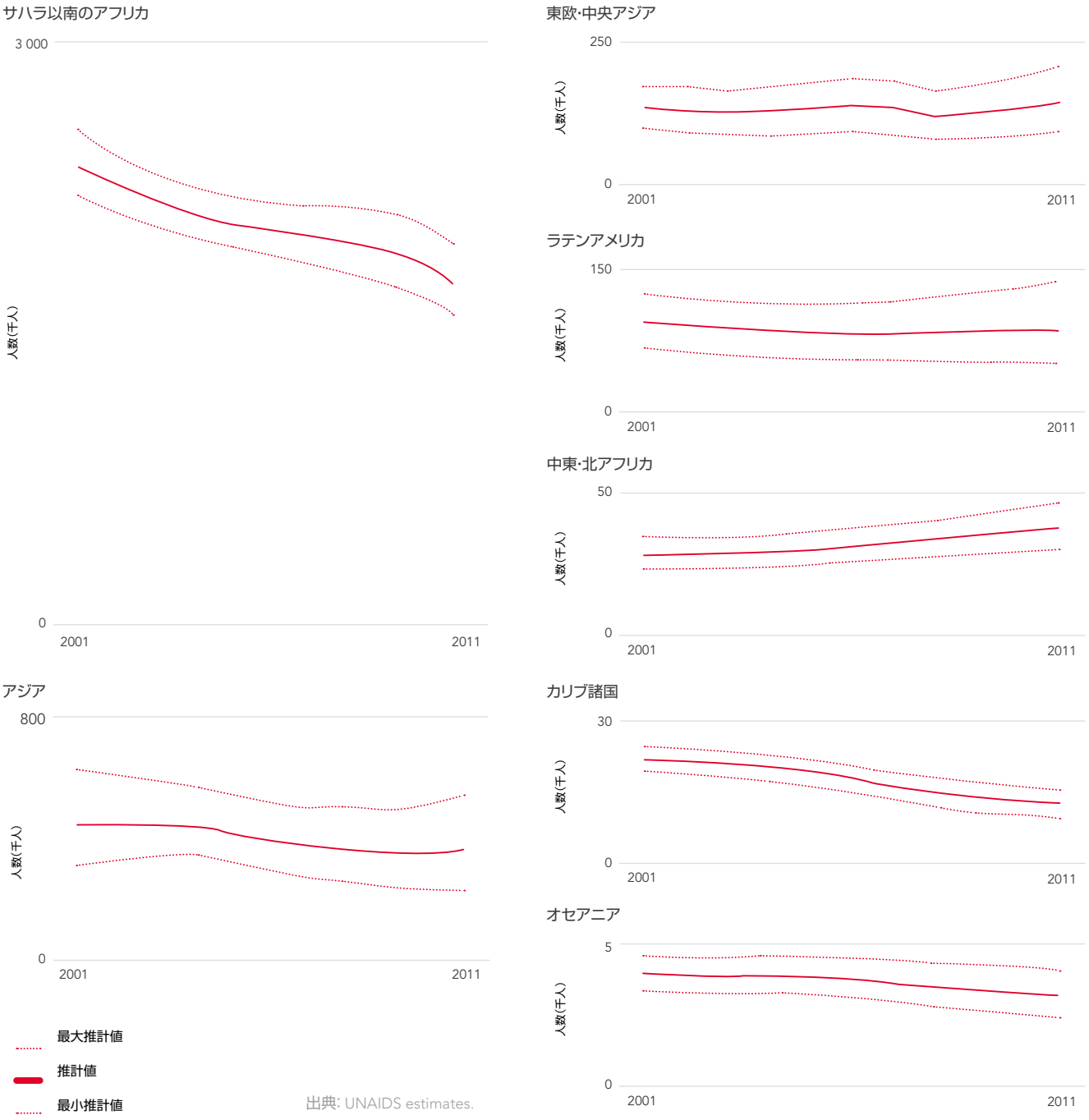
成人・子どものエイズによる死亡者数(世界)(1990-2011年)



出典: UNAIDS estimates.

子どもと成人ともに、HIV 流行の傾向に懸念が見える地域もある。2001 年以降、中東および北アフリカでは新規感染者数が 35％も増加している（27,000 人［22,000 ～ 34,000 人］から 37,000 人［29,000 ～ 46,000 人］）。東欧・中央アジアでは、数年間は新規感染者数に変化がなかったが、2000 年代後半から増加していることをエビデンスが示している。

地域別新規HIV感染者数（1990-2011年）



過去 10 年間、多くの国で HIV の流行は大きく変化した。39 ヵ国では 2001 年から 2011 年の間に、成人の新規 HIV 感染率が 25%以上低下した（表を参照）。サハラ以南のアフリカの 23 ヵ国では、新規 HIV 感染率の急激な低下がみられ、2011 年には 240 万人［220 万～ 250 万人］だった新規感染者数は、2011 年には 180 万人［160 万～ 200 万人］と 25%減少した。しかし、サハラ以南のアフリカの 2011 年の新規感染者数（成人と子ども）は全世界の 71%にあたり、同地域で HIV 予防対策を継続し、強化していくことが重要であることを示唆している。

疫学的な傾向が好ましくない国々もある。少なくとも 9 ヵ国では 2011 年に新たに HIV に感染した人の数が、2001 年に比べて 25%増加している。

成人（15-49歳）の新規HIV感染率の変化（2001-2011年）（特定国のみ）

>25% 上昇（or増加）

Bangladesh
Georgia
Guinea-Bissau
Indonesia
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Philippines
Republic of Moldova
Sri Lanka

横ばい[a]

Angola
Belarus
Benin
Congo
France
Gambia
Lesotho
Nigeria
Tajikistan
Uganda
United Republic of Tanzania
United States of America

26–49% 低下（or減少）

Burundi
Cameroon
Democratic Republic of the Congo
Jamaica
Kenya
Malaysia
Mali
Mexico
Mozambique
Niger
Sierra Leone
South Africa
Swaziland
Trinidad and Tobago

≧50% 低下（or減少）

Bahamas
Barbados
Belize
Botswana
Burkina Faso
Cambodia
Central African Republic
Djibouti
Dominican Republic
Ethiopia
Gabon
Ghana
Haiti
India
Malawi
Myanmar
Namibia
Nepal
Papua New Guinea
Rwanda
Suriname
Thailand
Togo
Zambia
Zimbabwe

[a] 新規HIV感染率の上下が25%以下の国々

出典: UNAIDS estimates.
Countries not included in this table have insufficient data and/or analyses to estimate recent trends in incidence among adults and to assess the impact of HIV prevention programmes for adults. The analysis was either published in peer-reviewed literature or was done through recommended modelling tools for national HIV/AIDS estimation. Criteria for inclusion of countries with estimation models include that at least four years of HIV surveillance prevalence data were available for countries with concentrated epidemics and three years for countries with generalized epidemics for each subpopulation used in the estimation, that HIV surveillance data were available through at least 2009 and that the estimated trend in incidence was not contradicted by other data sources. For some countries with complex epidemics, including multiple population groups with different risk behaviours as well as major geographical differences, such as Brazil, China and the Russian Federation, this type of assessment is highly complex and could not be concluded in the 2012 estimation round.

エイズ関連疾患による死亡者数の減少

エイズ関連疾患による死亡者数は、抗 HIV 治療の普及により 2000 年代半ばから減少し始めていた。また、新規 HIV 感染率も 1997 年をピークに低下を続けている。2011 年もこの低下傾向は続いており、エイズ関連疾患による死亡者数の減少はいくつかの国々でさらに加速している。

2011 年、世界全体で 170 万人［150 万～ 190 万人］がエイズ関連疾患で命を落とした。この数は 2005 年（230 万人［210 万～ 260 万人］）に比べて 24％少ない。

170
万人が亡くなった

2011年、世界全体で
170万人がエイズ関連疾患で
命を落とした。
この数は2005年の
ピーク時に比べて24%少ない。

サハラ以南のアフリカにおけるエイズ関連疾患の死亡者数は、2005 年から 2011 年に 32％減少したが、同地域は世界全体の 2011 年のエイズ関連疾患の死亡者数の 70％を占める。カリブ諸国とオセアニアも 2005 年から 2011 年に、それぞれ 48％、41％とエイズ関連疾患による死亡者数は大きく減少した。ラテンアメリカ（10％）、アジア（4％）、西欧・中欧・北米（1％）もある程度の減少をみた地域である。しかしながら、東欧･中央アジア、中東･北アフリカではエイズ関連疾患による死亡者数がそれぞれ 21％、17％も増加した。

国別にみると、過去数年間でエイズ関連疾患による死亡者数の傾向が変化していることがよくわかる（表を参照）。14 ヵ国で、年間のエイズ関連疾患の死亡者数は 2005 年から 2011 年に少なくとも 50％減少した。さらに 74 ヵ国では、同時期において、大きな数字ではないが 10 ～ 49％の注目すべき減少がみられた。

低・中所得国における抗 HIV 治療の普及拡大は国のエイズ対策を変え、保健衛生上、広く大きな成果をもたらした。1995 年以降、抗 HIV 治療はサハラ以南のアフリカの 900 万人を含め、低･中所得国で 1400 万人の命を救った。抗 HIV 治療の計画的な規模拡大が続くにつれ、保健衛生上の成果も拡大し、過去 4 年間でサハラ以南のアフリカで抗 HIV 治療によって寿命年数は 4 倍に延びた。大流行の起こった南アフリカのクワズール・ナタール州での経験は、治療へのアクセスの拡大が、抗 HIV 治療を受けている個人の雇用の見通しを急激に増大させ、マクロ経済や世帯の生計に大きな利益をもたらしたことを示している。

エイズ関連疾患による死亡者数の変化(2005-2011年)[a]

変化なしまたは<25%

Afghanistan
Algeria
Angola
Armenia
Australia
Azerbaijan
Bangladesh
Belarus
Belize
Brazil
Bulgaria
Cameroon
Canada
Cape Verde
Colombia
Costa Rica
Cuba
Ecuador
Egypt
Equatorial Guinea
France
Gabon
Gambia
Georgia
Guatemala
Guinea-Bissau
Indonesia
Iran (Islamic Republic of)
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Lao People's Democratic Republic
Latvia
Lebanon
Madagascar
Malaysia
Mauritania
Mauritius
Morocco
Mozambique
Myanmar
Nepal
Nicaragua
Niger
Nigeria
Pakistan
Philippines
Poland
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
Senegal
Serbia
Sierra Leone
Singapore
Somalia
Sri Lanka
Sudan
Tajikistan
Togo
Uganda
Ukraine
United Kingdom
United States of America
Uruguay
Venezuela
Viet Nam
Yemen

25–49%減少

Bahamas
Benin
Bolivia (Plurinational State of)
Burkina Faso
Central African Republic
Chad
Congo
Djibouti
El Salvador
Eritrea
Germany
Ghana
Guinea
Haiti
Honduras
Jamaica
Lesotho
Liberia
Malawi
Mali
Mexico
Panama
Papua New Guinea
South Africa
Swaziland
Thailand
United Republic of Tanzania

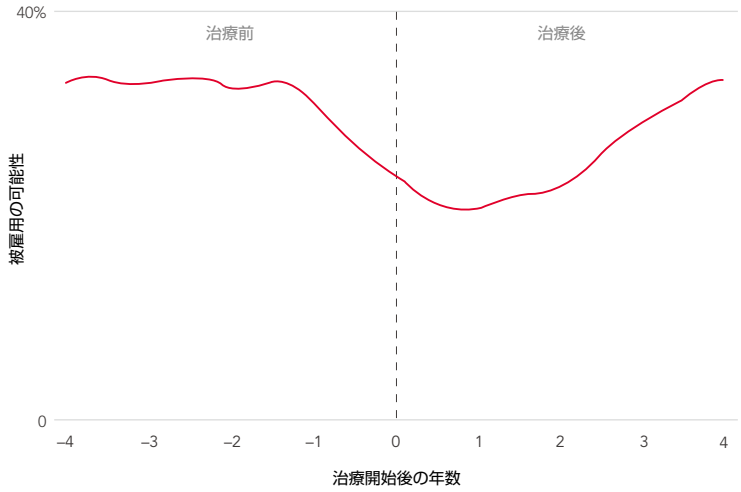
≧50%減少

Botswana
Burundi
Cambodia
Côte d'Ivoire
Dominican Republic
Ethiopia
Guyana
Kenya
Namibia
Peru
Rwanda
Suriname
Zambia
Zimbabwe

[a] Countries with 100 or more AIDS-related deaths in 2011.

出典: UNAIDS estimates.

クワズール・ナタール州(南アフリカ)における抗HIV治療前後の雇用可能性



出典: Bärnighausen T et al. The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa. *2nd International HIV Workshop on Treatment as Prevention, Vancouver, Canada, 22–25 April 2012.*

2001年、2005年と2011年のHIV/エイズに関する地域統計

		HIV陽性者数（成人・子ども）	新規HIV感染者数（成人・子ども）
サハラ以南のアフリカ	2011	2350万 [2210–2480万]	180万 [160–200万]
	2001	2090万 [1930–2250万]	240万 [220–250万]
中東・北アフリカ	2011	30万 [25–36万]	37 000 [29 000–46 000]
	2001	21万 [17–27万]	27 000 [22 000–34 000]
南アジア・東南アジア	2011	400万 [310–460万]	28万 [17–37万]
	2001	370万 [320–510万]	37万 [25–45万]
東アジア	2011	83万 [59–120万]	89 000 [44 000–170 000]
	2001	39万 [28–53万]	75 000 [55 000–100 000]
オセアニア	2011	53 000 [47 000–60 000]	2 900 [2 200–3 800]
	2001	38 000 [32 000–46 000]	3 700 [3 100–4 300]
ラテンアメリカ	2011	140万 [110–170万]	83 000 [51 000–140 000]
	2001	120万 [97–150万]	93 000 [67 000–120 000]
カリブ諸国	2011	23万 [20–25万]	13 000 [9600–16 000]
	2001	24万 [20–27万]	22 000 [20 000–25 000]
東欧・中央アジア	2011	140万 [110–180万]	14万 [91 000–210 000]
	2001	97万 [76–120万]	13万 [99 000–170 000]
西欧・中欧	2011	90万 [83–100万]	3万 [21 000–40 000]
	2001	64万 [59–71万]	29 000 [26 000–34 000]
北米	2011	140万 [110–200万]	51 000 [19 000–120 000]
	2001	110万 [85–130万]	5万 [35 000–71 000]
世界全体	2011	3400万 [3140–3590万]	250万 [220–280万]
	2001	2940万 [2720–3210万]	320万 [290–340万]

出典: UNAIDS estimates.

成人(15-49歳)のHIV陽性率(%)	若者(15-24歳)のHIV陽性率(%) 女性	若者(15-24歳)のHIV陽性率(%) 男性	エイズによる死亡者数(成人・子ども) 2005年と2011年	
4.9 [4.6–5.1]	3.1 [2.6–3.9]	1.3 [1.1–1.7]	2011	120万 [110–130万]
5.9 [5.4–6.2]	5.1 [4.2–6.7]	2.0 [1.6–2.7]	2005	180万 [160–190万]
0.2 [0.1–0.2]	<0.1 [<0.1–0.1]	<0.1 [<0.1–0.1]	2011	23 000 [18 000–29 000]
0.1 [0.1–0.2]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–0.1]	2005	2万 [15 000–25 000]
0.3 [0.2–0.3]	0.1 [<0.1–0.1]	0.1 [<0.1–0.2]	2011	25万 [19–33万]
0.3 [0.3–0.5]	0.2 [0.1–0.3]	0.2 [0.2–0.3]	2005	29万 [27–31万]
0.1 [<0.1–0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	2011	59 000 [41 000–82 000]
<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	<0.1 [<0.1–<0.1]	2005	39 000 [27 000–56 000]
0.3 [0.2–0.3]	0.1 [0.1–0.2]	0.1 [<0.1–0.1]	2011	1 300 [<1 000–1 800]
0.2 [0.2–0.3]	0.2 [0.1–0.3]	0.1 [0.1–0.2]	2005	2 300 [1 700–3 000]
0.4 [0.3–0.5]	0.1 [<0.1–0.2]	0.2 [<0.1–0.5]	2011	54 000 [32 000–81 000]
0.4 [0.3–0.5]	0.1 [<0.1–0.2]	0.3 [0.1–0.7]	2005	6万 [36 000–93 000]
1.0 [0.9–1.1]	0.6 [0.4–0.7]	0.3 [0.2–0.5]	2011	1万 [8200–12 000]
1.2 [1.0–1.3]	1.0 [0.8–1.2]	0.5 [0.3–0.9]	2005	2万 [16 000–23 000]
1.0 [0.6–1.0]	0.5 [0.4–0.7]	0.7 [0.5–0.9]	2011	92 000 [63 000–120 000]
0.3 [0.4–0.7]	0.2 [<0.1–0.2]	0.3 [0.2–0.3]	2005	76 000 [58 000–100 000]
0.2 [0.2–0.3]	<0.1 [<0.1–<0.1]	0.1 [<0.1–0.1]	2011	7 000 [6 100–7 500]
0.2 [0.2–0.2]	<0.1 [<0.1–<0.1]	0.1 [<0.1–0.1]	2005	7 800 [7 600–9 000]
0.6 [0.5–1.0]	0.2 [<0.1–0.4]	0.3 [0.1–0.5]	2011	21 000 [17 000–28 000]
0.6 [0.5–0.7]	0.2 [0.1–0.3]	0.3 [0.2–0.4]	2005	2万 [16 000–26 000]
0.8 [0.7–0.8]	0.6 [0.4–0.6]	0.3 [0.2–0.4]	2011	170万 [150–190万]
0.8 [0.7–0.9]	0.7 [0.6–0.9]	0.4 [0.3–0.5]	2005	230万 [210–260万]

1 SEXUAL TRANSMISSION

性行為による感染

新規 HIV 感染ゼロを実現するには、性行為による HIV 感染を毎年大幅に減らす必要がある。性行為による HIV 感染は感染経路の大半を占めているからである。これに関しては楽観的になれる理由もある。多くの国々では性行動に関して好ましい傾向が見え、新たな生物医学的な予防戦略の成果もあがっているからである。ただ、2015 年までに性行為による感染を半減させるという目標を達成するには、現在のようなペースでの進展では十分とは言えず、さらなる対策が急務であることを強調する必要がある。

新規 HIV 感染ゼロを実現するには、さまざまな予防方法を効果的に組み合わせて実施することが不可欠である。行動学的、生物医学的、構造的な戦略を組み合わせ、集中流行期における特定の人口集団への対策と広汎流行期における全人口集団への対策を集中して実施することが求められる *(1, 2)*[1]。性行為による HIV 感染を防ぐ予防方法の組み合わせに欠かせないプログラムとして、行動変容、コンドームの提供、男性の割礼、セックスワーカー・MSM に焦点を当てたプログラム、抗 HIV 治療へのアクセスなどがある。

行動変容は広汎流行期における性感染を予防する

行動変容プログラムはより安全な個人の行動を促進するとともに、より健康的な性行動パターンを招く社会規範の変化も促す。行動変容は複雑である。これには知識、動機、選択が関わっており、社会文化的な規範に大きく影響されるものであり、目先の利益と将来的な結果に対するリスク判断にも影響される。合理的な意思決定と衝動的および無意識の行動のどちらも行動変容に影響する *(3)*。HIV に関する行動変容プログラムは、低年齢で性行為を始める若者の数や性行為の相手の数の減少、性的に活発な人々における継続的で正しいコンドーム使用の増加という成果をもとに評価されてきた。

[1] This section reports on available information regarding sexual behaviour in the general population, coverage of male circumcision and HIV among sex workers and men who have sex with men. Unless otherwise indicated, data are from the 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr). Data on key populations at higher risk from country progress reports typically derive from surveys in capital cities and are not representative of the entire country. In particular, surveys in capital cities are likely to overestimate national HIV prevalence and service coverage.

図 1.1

性的リスク（成人のHIV陽性者が1%を超える国々）（2000～2011年の特定年[a]）：15～24歳の男女における15歳未満時の性行為経験、15～49歳の男女における性行為の相手の数（複数）、15～49歳の男女における直近の性行為でのコンドーム使用の割合の変化

[a] Sex before age 15 years in Ethiopia is for the years 2000 and 2011.

出典: nationally representative household surveys.

To measure progress towards these aims, countries monitor the percentage of young men and women who report having sex before age 15 years, the percentage of men and women who report having more than one partner during a 12-month period and the percentage of men and women reporting more than one sexual partner in the previous year who also report using a condom during their last episode of sexual intercourse.

図 1.1 は、男性および女性の性行動が、広汎流行期にある多くの国で望ましい方向に変化してきたことを示している。ケニア、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、ナイジェリア、ザンビアなど多くの国で、リスクのある性行動が好ましい方向に変化したことは明らかである。一方、コートジボワール、ガイアナ、ルワンダなどの国ではリスクのある性行動が増加していることがわかっており、行動変容対策への支援を強化する必要性を示唆している。

年齢に応じたセクシュアリティ教育を受けることによって知識が高まり、自分の性行動により責任を持てるようになる。しかし、HIV とその感染に関する基礎的な知識においてすら大きな格差がある。広汎流行期にある 31 ヵ国では最近、全国調査が実施された。そのうちの 26 ヵ国で HIV に関する包括的で正しい知識を持っている若い女性の割合は 50％未満であった。とくに若い女性は HIV の感染予防にコンドームが有効であることを知らなかった。国別の代表的調査が行われた 25 ヵ国中 21 ヵ国で、HIV に関して包括的で正しい知識を持っている若い男性は 50％未満であった。

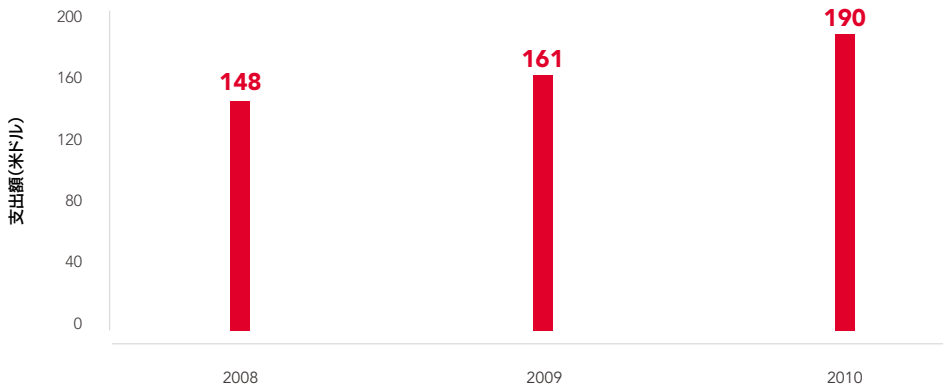
集団レベルの行動変容によって、HIV 陽性率が低下した広汎流行期の国はいくつかあるものの *(4-6)*、行動変容プログラムと HIV に関する特定の成果との関連については課題も残る。行動変容と新規感染率の低下に一貫した関連があることは、おおむね行動変容のプログラムの影響を示す妥当な証拠である。しかし、より賢明な投資を促すためには、プログラムの特定の要素にはどのような効果があるかという具体的なエビデンスが緊急に必要とされている（「エイズの流行状況」の章を参照）。HIV プログラムの特定要素と、スティグマの減少や普遍的な教育といった、恵まれた環境でのより一般的な変化との間で、作用しているものの原因を特定することは難しい。（８章を参照）。

以上の課題が、行動変容プログラムに必要な資金額を明確に決めることを難しくしている。最近の歳出に関するデータを提出した広汎流行期の 26 ヵ国では、HIV に関する歳出の約 5％が行動変容プログラムに充てられていた（コンドームの使用促進を含む）。これは予防に対する歳出の 36％にあたる。また、この数年間に比較可能なデータをもつ 17 ヵ国[2] では、コンドームの使用促進を含む行動変容プログラムに対する支出が 2008 年の 1480 万ドルから 2010 年には 1900 万ドルに上昇し、絶対的な支出増加が証明されている。これらの数字には HIV 関連情報や教育・HIV についてのコミュニケーション、コミュニティの動員、脆弱な人口集団のリスク軽減、コンドームのソーシャルマーケティング、性感染症の予防、行動変容コミュニケーション、若者のあいだの予防活動などが含まれる（**図 1.2**）。

[2] Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Central African Republic, Chad, Congo, Democratic Republic of the Congo, Gabon, Ghana, Guinea-Bissau, Haiti, Kenya, Lesotho, Nigeria and Togo.

図 1.2

行動変容およびコンドームの使用促進に対する支出額（データが入手可能な広汎流行期にある17ヵ国）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

コンドームの配布と促進

コンドームの使用は予防方法の組み合わせのための重要な要素であり、性行為による HIV 感染を予防するために現在利用できる最も有効な手段の一つである。HIV 陽性率が高いいくつかの国では、報告されているコンドーム使用率は上昇しているものの、国別調査の最近のデータによると、ベナン、ブルキナファソ、コートジボワール、ウガンダなどではコンドームの使用率は低下している（**図 1.1**）。加えて、HIV 陽性率が高い数ヵ国では、コンドームに関する知識が低いままであり、特に若い女性にその傾向がみられる。

国連人口基金（UNFPA）によれば、サハラ以南のアフリカで 2011 年、15 ～ 49 歳の男性 1 人当たり、ドナーが提供した男性用コンドームが 9 個手に入った計算になるという。また、女性用コンドームについては同年代の女性の 10 人に 1 人が 1 個手に入れることができた計算になる。低・中所得国による直接のコンドームの調達状況についてはわからないことが多い。ある推計（*7*）によると、低・中所得国は 2010 年、20 億個以上のコンドームを直接調達しているが、HIV 予防に必要なコンドームの数は 2015 年には約 130 億個になると予測されている（*8*）。

コンドームの使用を増やすためには、適切な供給と適切な需要が必要である。ケニアでの最近の調査では、調査対象となった人口集団のコンドーム使用も少ないが、入手したくてもコンドームが手に入らないという事実もわかった。これは HIV 予防の文脈においてコンドームの需要を高めることの重要性を明らかにしている *(9)*。HIV 感染予防のためのコンドームの需要は他の予防プログラムによっても影響を受ける可能性がある。例えば、男性の割礼や暴露後の感染予防などの対策がとられているからリスクが低いと考えたり、パートナーが抗 HIV 治療を受けているから感染しにくいと認識したりすることがこれにあたる。同様に、有効な治療法がある時代にあって、HIV が以前ほど悲惨なものではないと感じて、予防の必要性が低下してしまうこともある。これらの潜在的なリスク補償というものの効果は詳しく精査されているところだが、ダイナミクス（全体としての力学）は複雑で追跡しにくい。

男性の自主的な医療割礼の規模拡大は限定的である

男性が割礼を受けると女性との性行為で HIV に感染する可能性が低くなる。2007 年以降、世界保健機関（WHO）と UNAIDS は、HIV 感染率が高い国のなかでも男性の割礼率が低い国々で、男性が自主的に医療割礼を受けることを推奨してきた。2025 年までにアフリカ東部およびアフリカ南部において、自主的な医療割礼を受ける男性が急速に増えれば、5 人のうち 1 人の HIV 感染を防げる可能性がある *(10)*。男性の自主的な医療割礼が推奨されたほとんどの国では、その実施を支持し、本格的に展開する政策を打ち出し、医療従事者への割礼実施方法の研修に着手した。

表 1.1

男性の割礼に関する2015年までの国家目標の到達率（2011年末現在）

<5%	5–20%	>20%
Malawi	Botswana	Ethiopia
Mozambique	South Africa	Kenya
Namibia	United Republic of Tanzania	Swaziland
Rwanda	Zambia	
Uganda		
Zimbabwe		

Note: other countries with high HIV prevalence and low levels of male circumcision include South Sudan and the Central African Republic.

出典: WHO and UNAIDS. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa.* Geneva, World Health Organization (forthcoming).

男性割礼を優先事項とした国々では、2015 年までの男性の自主的な医療割礼数の国家目標を設定した。ケニアでの医療割礼の本格展開ではニャンザ州に的を絞っており、2011 年 12 月末現在、目標とした 23 万人のうち 54% が達成された。エチオピアとスワジランドでは目標の 20% が達成された。その他の優先度が高いとされた国々では、あまり男性割礼は進んでいない（**表 1.1**）。マラウイ、モザンビーク、ナミビア、ルワンダ、ウガンダ、ジンバブエの 6 ヵ国では 2011 年末現在、目標達成率は 5% 未満である *(11)*。優先国のうち 2 ヵ国（エチオピアとスワジランド）だけは、乳児ケアのプログラムに男性割礼を組み込んでいる。

男性の自主的な医療割礼にかかる費用は比較的安価であり、その他の多くの予防および治療対策と異なり、一生涯の支出ではなく、1 回の支出で済んでしまう。それにもかかわらず、各国はこの介入を拡大するための資源をほとんど配分しておらず、男性の自主的な医療割礼が優先事項とされた国々のなかでデータがある 14 ヵ国のうち、6 ヵ国（ボツワナ、ケニア、レソト、ナミビア、ルワンダ、スワジランド）では、HIV 関連支出の 2% 未満にすぎない。ボツワナ、ケニア、ナミビア、スワジランドなどでは、ごく最近、男性割礼の拡大に対する支出を増額した。男性割礼によって生涯にわたるリスク軽減が見込めることを考えると、早期に大規模にこれを実施することが、良い結果をもたらすことは明らかである。

セックスワークにおける HIV 感染予防

セックスワーカーの HIV 関連のニーズに関する認識が高まったことを反映して、セックスワーカーに関する疫学動向のデータとサービスのカバレージを報告している国の数は、2006 年から 2012 年にかけて大幅に増加した。各国の報告によると、広汎流行期にある国々では、首都のセックスワーカーの HIV 陽性率は、一般人口の平均値 23% よりも高い（**図 1.4**）。首都のセックスワーカーの陽性率の平均値は 2006 年から 2011 年まで横ばい状態である。同じように、データが手に入る 50 ヵ国の最近のレビューを見てみると、女性のセックスワーカーの世界全体での陽性率は 12% で、他の女性に比べて HIV に感染する可能性は 13.5 倍である *(12)*。

13.5×

女性のセックスワーカーは、他の女性に比べてHIVに感染する可能性は13.5倍である。

報告を提出した国の約 4 分の 3（73%）が、セックスワーカーを対象にリスク軽減プログラムを実施している。首都での調査データを報告した 58 ヵ国で、セックスワーカー向けの HIV 予防サービスのカバレージの平均は 56% となっており、2010 年と比べて少し高い数字である（**表 1.2**）。11 ヵ国については、そのカバレージは少なくとも 80% を超えている。各国が報告したデータは限られており、国ごとに一律に比較することは難しいが、セックスワーカーの法的保護が行われていない国々では、予防対策のカバレージの平均値はより低いことがうかがわれる。85 ヵ国から提出されたデータによれば、首都のセックスワーカーの 85% が直近の性行為でコンドームを使用したと回答している。

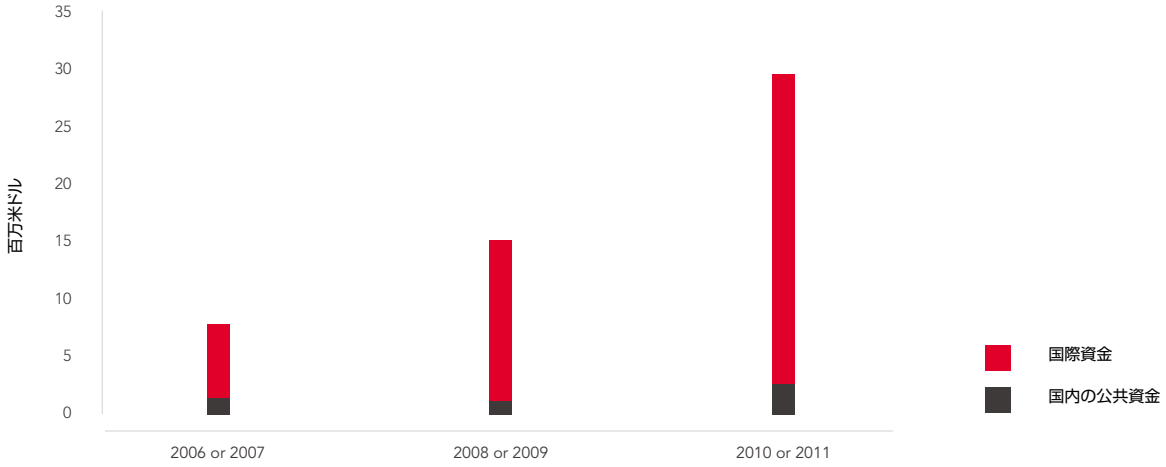
セックスワーカーを対象としたプログラムが一般的だが、セックスワーカーの客を対象としたプログラムはこれに比べて継続して提供されにくい。多くの国々でセックスワーカーの客が多数存在するにもかかわらず、彼らを対象とし、参加させる効果的なプログラムが決定的に欠落している。無防備な金銭を伴う性行為の需要を減らすことは、セックスワーカーを対象とするプログラムを補う重要なものである。

多くの国々（86%）で、多分野にわたるエイズ戦略においてセックスワークが言及されている。ほとんどの国が女性のセックスワーカーに関する報告をしているが、男性のセックスワーカーに関する情報を提供している国も増えている（2012 年では 10%）。

近年、セックスワーカー向けの HIV 予防プログラムへの資金は目覚ましく増加している。セックスワーカー向けプログラムへの支出を報告している 30 ヵ国では、2006 年から 2011 年の間に、総支出は 3.7 倍になった（この 30 ヵ国は、2006 ～ 2007 年、2008 ～ 2009 年、または 2010 ～ 2011 年のうち少なくとも 1 年間のデータがある国々をいう）。しかし、資金調達のパターンをみると、セックスワーカーを対象とした予防プログラムの将来的な継続性について疑問がある。国際社会の資金が、この増加分のほとんどを占めており、また、2010 年から 2011 年にかけてのセックスワーカー向け HIV プログラムの総支出の 91%を占めている。

図 1.3

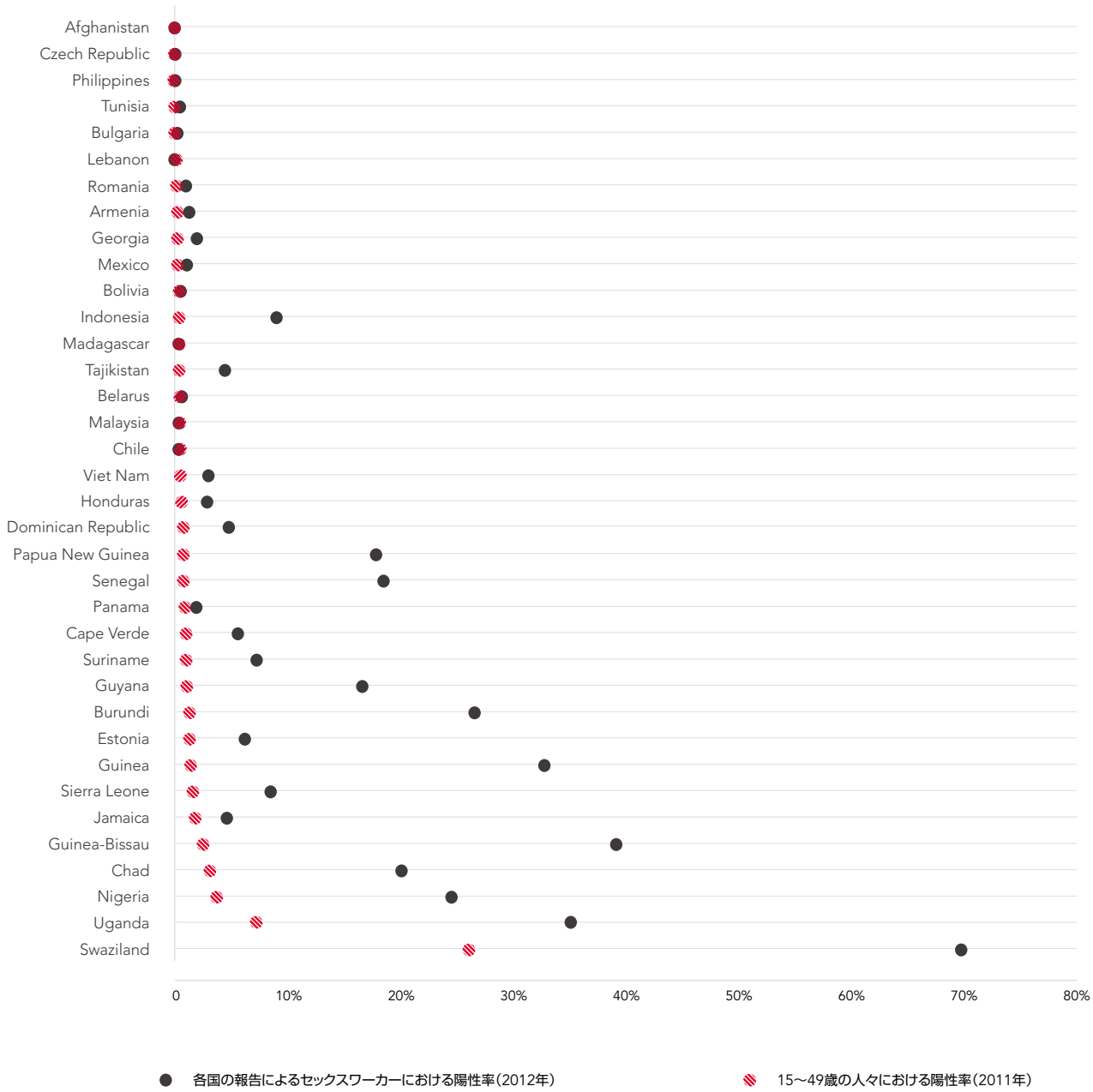
セックスワーカーと客に対する予防プログラムのHIV対策支出
（データが入手可能な30の低･中所得国）（データが入手可能な最新年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

図 1.4

セックスワーカー対一般人口のHIV陽性率（データが入手可能な国）（2012年）



出典: prevalence for the general population: UNAIDS estimates for 2011; prevalence for sex workers: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr). Sex workers are classified as having received prevention services if they respond yes to whether they know where to get HIV testing and have been given condoms in the past 12 months.

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative. Data is only shown for countries which have reported a sample size greater than 100.

表 1.2

各国のセックワーカーにおけるHIV予防プログラムのカバレージ（2012年国別報告）

<25%

Afghanistan
Armenia
Bangladesh
Greece
Guyana
Indonesia
Nicaragua
Nigeria
Pakistan

25–49%

Azerbaijan
Benin
Bolivia
Brazil
Chile
Democratic Republic of the Congo
Dominican Republic
Honduras
Kyrgyzstan
Latvia
Madagascar
Morocco
Papua New Guinea
Suriname
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Tunisia
Viet Nam

50–74%

Bulgaria
Burkina Faso
Chad
Côte d'Ivoire
France
Ghana
Lao People's Democratic Republic
Mexico
Mongolia
Paraguay
Philippines
Serbia
Thailand
Ukraine
Uzbekistan

75–100%

Angola
Belarus
Cape Verde
China
Cuba
Djibouti
Estonia
Guinea
Haiti
Jamaica
Kazakhstan
Mauritius
Myanmar
Senegal
Tajikistan
Togo

報告のない国々

Albania
Algeria
Andorra
Antigua and Barbuda
Argentina
Australia
Austria
Bahamas
Bahrain
Barbados
Belgium
Belize
Bhutan
Bosnia and Herzegovina
Botswana
Brunei Darussalam
Burundi
Cambodia
Cameroon
Canada
Central African Republic
Colombia
Comoros
Congo
Costa Rica
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Democratic People's Republic of Korea
Denmark
Dominica
Ecuador
Egypt
El Salvador
Equatorial Guinea
Eritrea
Ethiopia
Fiji
Finland
Gabon
Gambia
Georgia
Germany
Grenada
Guatemala
Guinea-Bissau
Hungary
Iceland
India
Iran (Islamic Republic of)
Iraq
Ireland
Israel
Italy
Japan
Jordan
Kenya
Kiribati
Kuwait
Lebanon
Lesotho
Liberia
Libya
Liechtenstein
Lithuania
Luxembourg
Malawi
Malaysia
Maldives
Mali
Malta
Marshall Islands
Mauritania
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Montenegro
Mozambique
Namibia
Nauru
Nepal
Netherlands
New Zealand
Niger
Norway
Oman
Palau
Panama
Peru
Poland
Portugal
Qatar
Republic of Korea
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
Rwanda
Saint Kitts and Nevis
Saint Lucia
Saint Vincent and the Grenadines
Samoa
San Marino
Sao Tome and Principe
Saudi Arabia
Seychelles
Sierra Leone
Singapore
Slovakia
Slovenia
Solomon Islands
Somalia
South Africa
Spain
Sri Lanka
Sudan
Swaziland
Sweden
Switzerland
Syrian Arab Republic
Timor-Leste
Tonga
Trinidad and Tobago
Turkey
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
United Arab Emirates
United Kingdom
United Republic of Tanzania
United States of America
Uruguay
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Yemen
Zambia
Zimbabwe

出典: 2010 and 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

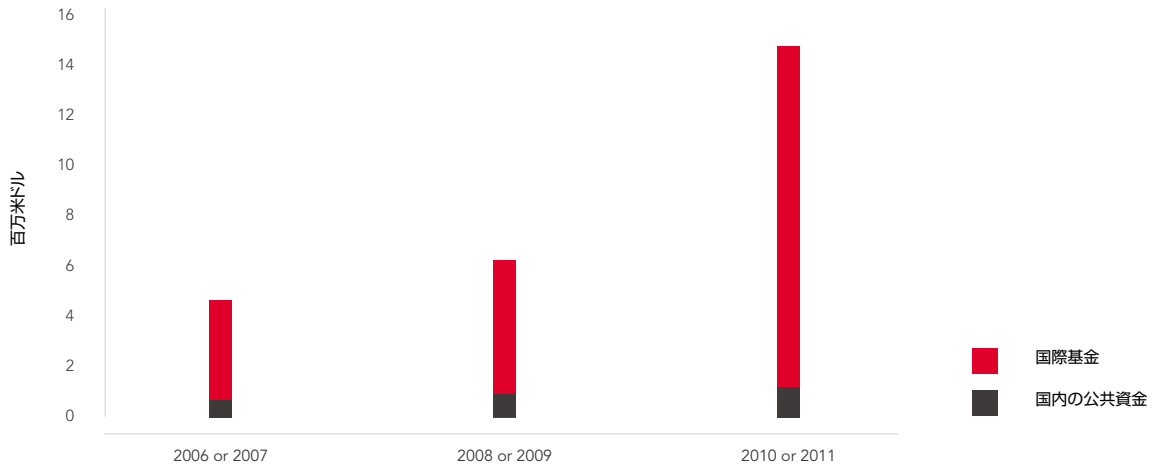
These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

男性とセックスする男性（以下、MSM）における世界的な HIV 流行への取り組み

首都における MSM の HIV 陽性率は一般人口に比べてほぼ一貫して高い（**図 1.6**）*(13)*。調査によると、首都における MSM の HIV 陽性率は、国の一般人口の陽性率に比べて平均して 13% 高いことがわかっている。東アジアでの調査によれば、MSM の HIV 陽性率は上昇傾向を示している。世界的にみても、MSM の HIV 感染率が 2010 年から 2012 年の間に上昇しているというエビデンスがあるが、データが限られていることと、さまざまな調査手法を用いているため、環境や時間での比較は難しい *(13,14)*。

図 1.5

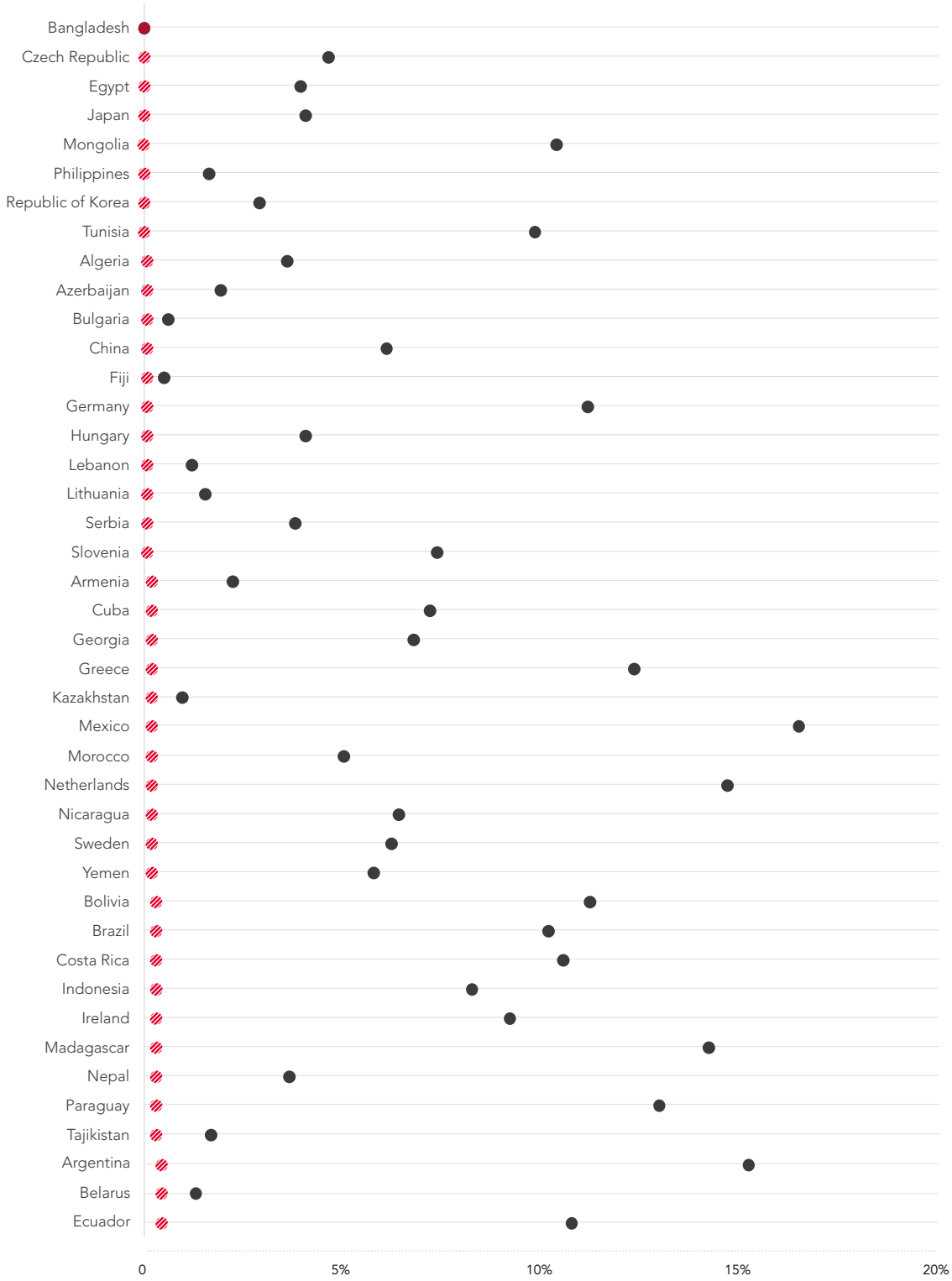
MSMに対する予防対策プログラムのHIV対策支出
（データが入手可能な21の低･中所得国）（データが入手可能な最新年）

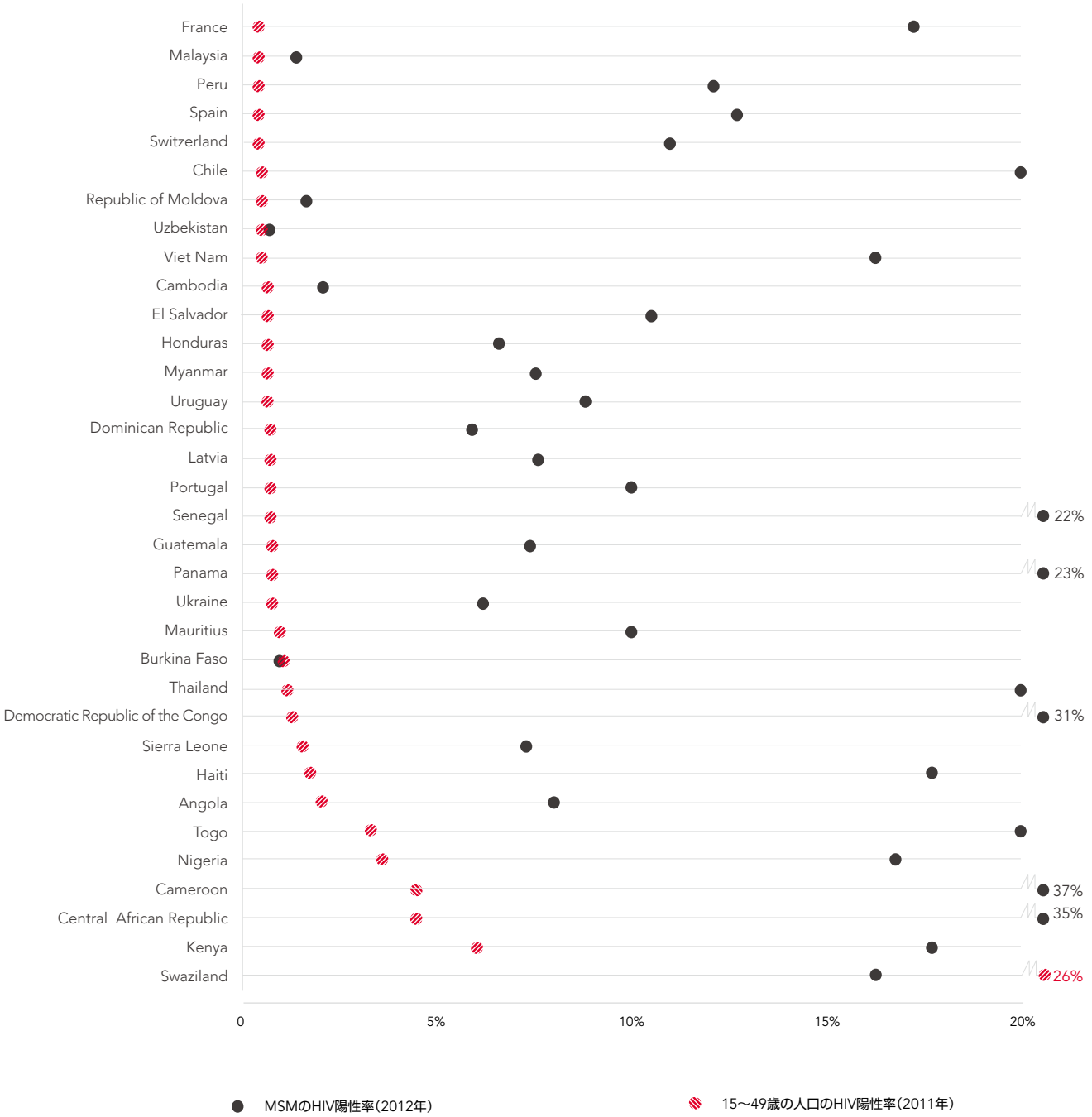


出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

図 1.6

MSM対一般人口のHIV陽性率
（データが入手可能な国）（最新年）





出典: prevalence in the general population: UNAIDS estimates for 2011; prevalence among men who have sex with men: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr): the surveys are from multiple years between 2005 and 2011.
These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative. Data is only shown for countries which have reported a sample size greater than 100.

MSM を対象とした予防のカバレージは不十分なままである。首都での調査で明らかになった予防のカバレージの世界的な中央値は 55％であるが、報告によると大部分の国が少なくとも 40％のカバレージを達成している（**表 1.3**）。過去 12 ヵ月間に HIV 検査を受けた MSM の割合の中央値は 38％である。南アジアおよび東南アジア、西ヨーロッパおよび中央ヨーロッパでは、MSM が HIV の流行の大きな原動力になっているが、過去 12 ヵ月間に HIV 検査を受けた MSM の人数は 3 人に 1 人にも満たない（**表 1.4**）。

MSM に流行が広がり続けている理由の一つは、コンドームの常用率が低いことである。報告のある 96 ヵ国のうち 69 ヵ国において、調査に参加した MSM のほとんどは直近の性行為でコンドームを使用したと回答したが、この割合が 75％を超えているのは 13 ヵ国のみであった（**表 1.5**）。HIV 陽性者どうしの決まった相手との性行為におけるコンドームの不使用についてさらなる情報が必要だが、この人口集団においてコンドームの常用率を高めることで流行を食い止めなければならないことは明らかである。

38%
が検査を受けた。

過去12ヵ月間に HIV検査を受けたMSMの 割合の中央値は38%である。

HIV の流行に関して、MSM が重要な人口集団であることを認識する国が増えている。MSM を国のエイズ戦略に含めている国は 146 ヵ国にのぼり、この人口集団の HIV 陽性率を報告する国が増えている。2010 年に MSM の陽性率を報告した国は 67 ヵ国だったが、2012 年には 104 ヵ国になった。また、62 ヵ国は、このような指標の妥当性を認めているものの、データが入手できなかったと報告している。11 ヵ国はその指標自体が重要でないとしている。MSM についての報告は、サハラ以南のアフリカで著しく増えている。2010 年には 11 ヵ国からだったが、2012 年には 22 ヵ国から報告が行われている。MSM を国のエイズ戦略に含めている国は、この人口集団に関するデータを報告した。一方で、MSM を国のエイズ戦略に含めていない 15 ヵ国のうち 4 ヵ国も、2012 年、適切な指標に沿ってこの人口集団に関する報告を行った。

MSM を対象とした HIV プログラムへの資金は 2006 年から 2011 年に増加した。このプログラムへの支出を報告している 21 ヵ国で、総支出は 3.2 倍になった（2006 ～ 2007 年、2008 ～ 2009 年、2010 ～ 2011 年の少なくとも 1 年間に入手できたデータを使用）。

MSM における HIV 対策に取り組む必要性を認識している国が増えているものの、最近のこれらのプログラムに対する資金の増加は、おもに国際ドナー（援助国および国際機関）の努力によるものである。2010 年から 2011 年では、MSM を対象としたプログラムにかかった支出の 92％を国際社会が拠出している。MSM に関する支出を報告している 58 ヵ国のうち 45 ヵ国が、プログラム実施などの資金のほとんどが外部からのものであると回答している。これには中所得国のなかでも上位に入る 21 ヵ国のうち 19 ヵ国も含まれている。

表 1.3

MSMにおけるHIV予防プログラムのカバレージ（最新年）

<25%

Azerbaijan
Bangladesh
Georgia
Indonesia
Nigeria
Philippines
Republic of Moldova
Viet Nam

25–49%

Brazil
Democratic Republic of the Congo
Honduras
Kyrgyzstan
Latvia
Mauritius
Mexico
Morocco
Nicaragua
Portugal
Republic of Korea
Serbia
Tajikistan
Thailand
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Tunisia
Uzbekistan
Yemen

50–74%

Armenia
Belize
Bolivia (Plurinational State of)
Bulgaria
Cambodia
Cameroon
Chile
Costa Rica
Côte d'Ivoire
Czech Republic
Dominica
Ecuador
Germany
Mongolia
Myanmar
Papua New Guinea
Paraguay
Suriname
Sweden
Ukraine
United States of America

75–100%

Angola
Bahamas
Belarus
China
Cuba
Egypt
Ghana
Jamaica
Kazakhstan
Nepal
Saint Vincent and the Grenadines
Senegal
Seychelles

報告のない国々

Afghanistan
Algeria
Andorra
Antigua and Barbuda
Argentina
Australia
Austria
Bahrain
Barbados
Belgium
Benin
Bhutan
Bosnia and Herzegovina
Botswana
Brunei Darussalam
Canada
Cape Verde
Central African Republic
Chad
Comoros
Congo
Croatia
Cyprus
Democratic People's Republic of Korea
Djibouti
Dominican Republic
Equatorial Guinea
Eritrea
Estonia
Ethiopia
Fiji
Finland
France
Gabon
Gambia
Greece
Grenada
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Haiti
Hungary
Iceland
India
Iran (Islamic Republic of)
Iraq
Israel
Japan
Jordan
Kenya
Kiribati
Kuwait
Lao People's Democratic Republic
Lebanon
Lesotho
Liberia
Libya
Liechtenstein
Lithuania
Luxembourg
Malawi
Maldives
Mali
Malta
Marshall Islands
Mauritania
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Montenegro
Mozambique
Namibia
Nauru
Netherlands
New Zealand
Niger
Norway
Oman
Pakistan
Palau
Peru
Poland
Qatar
Russian Federation
Rwanda
Saint Lucia
Samoa
San Marino
Sao Tome and Principe
Saudi Arabia
Sierra Leone
Singapore
Slovakia
Solomon Islands
Somalia
South Africa
South Sudan
Spain
Sri Lanka
Sudan
Switzerland
Syrian Arab Republic
Tonga
Trinidad and Tobago
Turkey
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
United Arab Emirates
United Kingdom
United Republic of Tanzania
Uruguay
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Zambia
Zimbabwe

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

表 1.4

MSMにおけるHIV検査のカバレージ（最新年）

<25%

Azerbaijan
Bangladesh
Bosnia and Herzegovina
Brazil
Burundi
Cuba
Gambia
Lithuania
Mauritius
Montenegro
Nigeria
Philippines
Republic of Moldova
Sri Lanka
Tunisia

25–49%

Albania
Angola
Armenia
Belgium
Bolivia (Plurinational State of)
Bulgaria
Cambodia
Canada
Chile
China
Czech Republic
Dominica
Dominican Republic
Ecuador
Estonia
France
Georgia
Germany
Haiti
Honduras
Japan
Kenya
Kyrgyzstan
Latvia
Luxembourg
Madagascar
Malaysia
Mexico
Morocco
Myanmar
Nepal
Nicaragua
Republic of Korea
Romania
Saint Vincent and the Grenadines
Senegal
Serbia
Singapore
South Africa
South Sudan
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
Thailand
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Timor-Leste
Ukraine
United Kingdom
Uruguay
Uzbekistan
Viet Nam
Yemen

50–74%

Argentina
Australia
Bahamas
Belarus
Belize
Cameroon
Costa Rica
Côte d'Ivoire
Egypt
Guyana
Jamaica
Kazakhstan
Mongolia
Netherlands
Norway
Panama
Papua New Guinea
Paraguay
Peru
Portugal
Seychelles
Swaziland
Togo
United States of America

75–100%

Burkina Faso
Central African Republic
El Salvador
Guatemala
Indonesia
Marshall Islands
Saint Kitts and Nevis
Suriname

報告のない国々

Afghanistan
Algeria
Andorra
Antigua and Barbuda
Austria
Bahrain
Barbados
Benin
Bhutan
Botswana
Brunei Darussalam
Cape Verde
Chad
Comoros
Congo
Croatia
Cyprus
Democratic People's Republic of Korea
Democratic Republic of the Congo
Djibouti
Equatorial Guinea
Eritrea
Ethiopia
Fiji
Gabon
Ghana
Grenada
Guinea
Guinea-Bissau
Hungary
Iceland
India
Iran (Islamic Republic of)
Iraq
Israel
Jordan
Kiribati
Kuwait
Lao People's Democratic Republic
Lebanon
Lesotho
Liberia
Libya
Liechtenstein
Malawi
Maldives
Malta
Mauritania
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Mozambique
Namibia
Nauru
New Zealand
Niger
Oman
Pakistan
Palau
Qatar
Russian Federation
Rwanda
Saint Lucia
Samoa
San Marino
Sao Tome and Principe
Saudi Arabia
Sierra Leone
Slovakia
Solomon Islands
Somalia
South Sudan
Syrian Arab Republic
Tonga
Trinidad and Tobago
Turkey
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
United Arab Emirates
United Republic of Tanzania
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Zambia
Zimbabwe

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

表 1.5

MSMにおけるコンドーム使用割合（最新年）

<25%

Egypt
Yemen

25–49%

Angola
Australia
Azerbaijan
Bangladesh
Czech Republic
Democratic Republic of the Congo
Estonia
Gambia
Guinea
Japan
Latvia
Lithuania
Malaysia
Morocco
Netherlands
Peru
Philippines
Romania
Sweden
Switzerland
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Togo
Tunisia
United States of America
Uruguay

50–74%

Albania
Argentina
Armenia
Belarus
Belgium
Bolivia (Plurinational State of)
Bosnia and Herzegovina
Brazil
Bulgaria
Burkina Faso
Burundi
Cambodia
Cameroon
Canada
Central African Republic
Chile
China
Costa Rica
Cuba
Dominica
Dominican Republic
Ecuador
El Salvador
France
Georgia
Germany
Haiti
Honduras
Indonesia
Kenya
Kyrgyzstan
Mauritius
Mexico
Mongolia
Montenegro
Nicaragua
Nigeria
Panama
Papua New Guinea
Paraguay
Portugal
Republic of Korea
Republic of Moldova
Saint Vincent and the Grenadines
Serbia
Sierra Leone
South Sudan
Spain
Sri Lanka
Suriname
Tajikistan
Timor-Leste
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan
Vanuatu

75–100%

Bahamas
Belize
Côte d'Ivoire
Guatemala
Jamaica
Kazakhstan
Myanmar
Nepal
Saint Kitts and Nevis
Senegal
Singapore
Thailand
Viet Nam

報告のない国々

Afghanistan
Algeria
Andorra
Antigua and Barbuda
Austria
Bahrain
Barbados
Benin
Bhutan
Botswana
Brunei Darussalam
Cape Verde
Chad
Comoros
Congo
Croatia
Cyprus
Democratic People's Republic of Korea
Djibouti
Equatorial Guinea
Eritrea
Ethiopia
Fiji
Gabon
Ghana
Grenada
Guinea-Bissau
Hungary
Iceland
India
Iran (Islamic Republic of)
Iraq
Israel
Jordan
Kiribati
Kuwait
Lao People's Democratic Republic
Lebanon
Lesotho
Liberia
Libya
Liechtenstein
Madagascar
Malawi
Maldives
Mali
Malta
Marshall Islands
Mauritania
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Mozambique
Namibia
Nauru
New Zealand
Niger
Norway
Oman
Pakistan
Palau
Poland
Qatar
Russian Federation
Rwanda
Saint Lucia
Samoa
San Marino
Sao Tome and Principe
Saudi Arabia
Slovakia
Solomon Islands
Somalia
South Africa
South Sudan
Swaziland
Syrian Arab Republic
Tonga
Trinidad and Tobago
Turkey
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
United Arab Emirates
United Republic of Tanzania
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Zambia
Zimbabwe

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

2015 年に向けて：性行為による感染を半減させる

現在利用できる予防戦略を完全かつ包括的に組み合わせることで、HIV に新たに感染する人の数を迅速に減らすことができることが実証された。これらの組み合わせ型予防方法を最大限に利用するために、各国は流行の原動力となっているもの、およびエイズの流行に対してよりリスクの高い、鍵となる人口集団に念入りに力を注ぐ必要がある。現在、存在している HIV 感染への脆弱性を改善するために、行動変容、生物医学的な介入、構造的なアプローチを連携させ最大限の効果で実施すべきである。

ケニアとマラウイで新しく明らかになったエビデンスによると、きわめて少額の現金給付でも性行為による HIV 感染のダイナミクスに明らかに影響を与えることが示されている。ケニアでは、現金給付を受けた若者はセックスをしていなかった可能性が高く、一方で、性的に活発な時期には、過去 12 ヵ月間に性行為の相手の数が 2 人を超える可能性は低かった（*15*）。マラウイでは、現金給付という介入によって、早婚や 10 代の妊娠、性行為が著しく減ることとなった（*16*）。

HIV 感染を予防するにあたって、抗 HIV 治療の提供を保証する取り組みは、母子感染に関する確固たるエビデンスに支えられ、過去 2 年間、焦点が当てられてきた。2011 年、研究者が抗 HIV 治療の提供は陽性者と非陽性者の男女間の HIV 感染の確率を下げるという報告を行った（*17*）。また、WHO は 2012 年、陽性者と非陽性者のカップルにおいては、陽性者は CD4 値にかかわらず抗 HIV 治療を受けることを推奨するガイドラインを出した（*18*）。治験の報告によると、HIV 陽性者の HIV ウイルスを十分効果的に抑えることで HIV 感染を減らすことに加えて、抗 HIV 薬を使うことで、非陽性者が HIV に感染する可能性を低くすることが示されている。新規の HIV 感染を減らすこの戦略が公衆衛生上の効果を発揮するかどうかは、予防目的で抗 HIV 薬を使用している非陽性者が、どれだけ決められたとおりに服薬できるかにかかっている。

サハラ以南のアフリカの優先順位が高い国々では、男性の自主的な医療割礼の規模拡大を加速させるために、さらなる前進が必要である。男性の自主的な医療割礼が提供されている国々では、大きな需要が報告されている国もいくつかあるが、優先順位が高い国々での着実な需要を生み出すことが課題として残っている。コミュニティの関与を促すことが、規模拡大の緊急の優先課題である。今後期待できる外科手術を伴わない割礼器具の評価も力を入れて行われている。割礼で外科用メスや縫合糸の使用を避けることによって、外科医の代わりに訓練された看護師が施術を行えるようになり、ヘルスワーカー不足を緩和し、男性の割礼に対する抵抗を減らすことができ、結果的に

規模拡大が図れると期待されている。2012 年、PrePex（外科手術を伴わず、安全に男性割礼ができる器具）のフィールド試験がルワンダとジンバブエで行われている。また、ケニアとザンビアでは Shang Ring（医療従事者が限られた訓練で割礼を実施できる道具）のフィールド試験が行われている。幼児向けの新たな器具（AccuCirc）もボツワナで評価が行われている。外科手術を伴うものであれ、そうでないものであれ、男性の自主的な医療割礼は文化に関わる重要なものであり、割礼の重要性と利益について意義のある文化的議論が必要なことは言うまでもない。

セックスワーカーの HIV 陽性率を抑えることと、コンドーム使用を促進することには目覚ましい進歩がみられたが、2015 年までにセックスワーカーの性行為による HIV 感染を半減させるためには、実質的により大きな成果を出さなければならない。セックスワーカーの人口規模と分布を適切に見積もることは、各国が予防対策のために「自国の流行を知り、自国の対策を知る」アプローチを適切に実行するうえでの助けとなる。プログラムを実施して得られる経験が示すとおり、法的および政策的枠組みを見直し、必要であればそれらを改正し、セックスワーカーへのスティグマと差別をなくすことによって、予防サービスの利用を促すことができる。

トランスジェンダーの性行為による HIV 感染を減らすためのサービスもまた重要である。多くのトランスジェンダーが経験している痛烈な排除、就職における選択肢のなさ、根強いスティグマと差別、そして多くの体験例がある彼ら、彼女らへの暴力といったすべての要素によって、この人口集団は HIV 感染に対して脆弱になっている（7 章にもトランスジェンダーに関する記述がある）。

2015 年までに性行為による感染を半減させるためには、効果的なプログラムに多くの MSM がアクセスできることが重要である。この分野は適切なプログラムづくりに対して国内の資金が十分に投入されていない分野の一つであり、これによりプログラムの継続性が危機にさらされるだけでなく、国が自国の問題として認識しないことにより、対策の成功も危うくなる。人権の基準に沿ったエイズ対策を実現させるために、MSM の HIV 状況のモニタリングを強化し、懲罰的な法的枠組みを改正すべきである。HIV 関連の行動に集中した取り組みに加えて、性行為による HIV 感染を減らす対策を調整・強化するなかで、HIV 陽性の MSM の抗 HIV 治療へのアクセスと暴露前の予防投与の利用可能性も組み合わせるべきである。直腸のマイクロビサイド（殺ウイルス剤）の開発研究も、この人口集団にとって重要かつ見込みある予防手段として続けられるべきである。

2 PEOPLE WHO INJECT DRUGS

注射による薬物使用者

2015 年までに HIV に感染する薬物使用者の数を半減させるという国際社会の目標は、この人口集団における感染流行が特に大きな問題であること、また、薬物使用による感染が多くの国で流行拡大の原動力になっていることを認識しているものである。薬物使用者を対象とするエビデンスに基づいたプログラムを実施した数ヵ国は、薬物使用者の HIV 感染を大幅に減らしており、一部の国では薬物使用による HIV 感染がゼロに近づいている。しかしながら、世界的には 2015 年までに薬物使用者の新規 HIV 感染を半減させるという目標達成にはほど遠い。

薬物使用者は大きな負担を背負っている

22×

データが入手できる49ヵ国で、注射による薬物使用者のHIV陽性率は、一般人口よりも22倍高い。

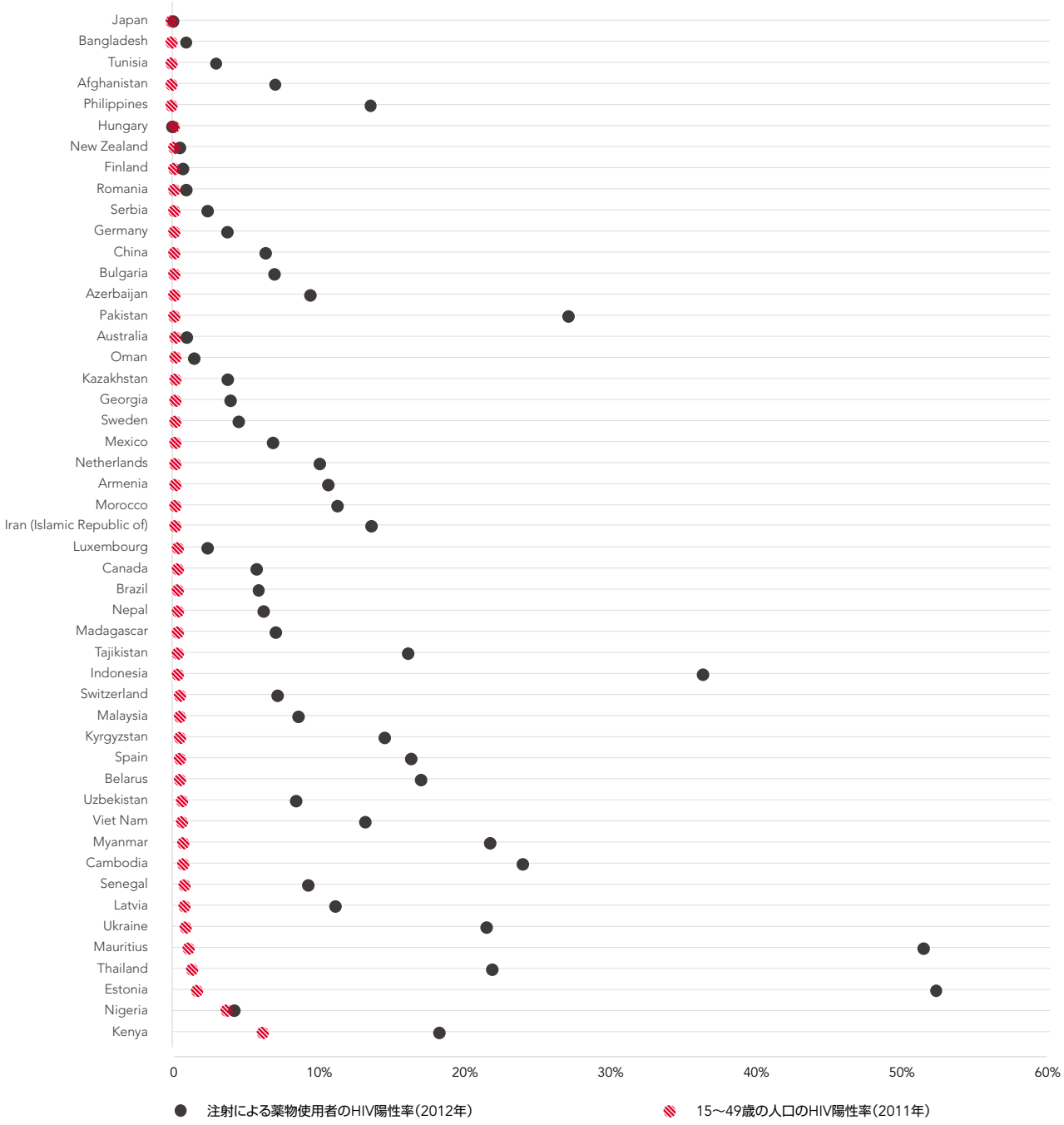
注射による薬物使用者は、最も深刻に HIV 感染の影響を受けている人口集団である。実際上、2012 年にデータを報告した国々のすべてで、注射による薬物使用者のほうが一般人口より HIV 陽性率が高い（**図 2.1**）。データが入手できる 49 ヵ国で、注射による薬物使用者の HIV 陽性率は、一般人口のそれよりも、少なくとも 22 倍高くなっている。そのうち 11 ヵ国では少なくとも 50 倍も高い。2007 年の調査 *(1)* によれば、世界における注射による薬物使用者は約 1600 万人と推計され、25 歳未満の若者も多い。また、そのうち 300 万人が HIV 陽性である。

薬物関連の HIV 感染は、薬物使用者に非常に大きな重荷を課していることに加え、エイズの最終的な終結の基礎を築く国際社会の努力を弱いものにしている。新規 HIV 感染者数が増えている地域が二つあり、そのうちの一つである東欧・中央アジアでは、概して、各国の流行の拡大は薬物使用による感染と、さらには薬物使用者の性行為の相手への感染によるところが大きい。

低・中所得国でも薬物使用者の HIV 感染拡大を食い止めることは限られた程度しかできていない。それでもなお、感染を減らすことは十分にできる。オーストラリアやイギリスなどの国々では、エビデンスに基づく HIV 予防戦略を実施したことで、注射による薬物使用者の HIV 感染を大幅に減らすことに成功し、薬物使用に関連する HIV 感染ゼロに近づいている国々もある。

図 2.1

注射による薬物使用者対一般人口のHIV陽性率（データが入手可能な国）（最新年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr) and UNAIDS estimates.

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative. Data is only shown for countries which have reported a sample size greater than 100.

エビデンスに基づくプログラムは十分に拡大できていない

各国の報告によれば、49 の首都で実施された調査において、注射による薬物使用者の 80%近くが安全な注射器具にアクセスできるとされ、この割合は男女で違いがない。しかし、最近発表された研究報告（*2,3*）では、女性の薬物使用が特に非難の対象になっている国のほとんどで注射器と注射針交換プログラムへのアクセスのしやすさが低い。HIV 関連のサービスへのアクセスのしやすさも女性の薬物使用者は男性に比べて非常に低いままである。加えて、多くの国々では、プログラムで提供される注射針は 1 人当たり年間 100 本未満であり、国別報告書では、これらのプログラムの規模が十分ではないと指摘している（**表 2.1**）[1]。2010 年の別の調査（*4*）では、世界全体では、毎月、薬物使用者 1 人当たりに提供される注射器と注射針の数は 2 本（較差：1 ～ 4 本）であると推定しており、さらに別の調査（*5*）では、世界全体で、注射による薬物使用者が無菌の注射器具を使用する割合は 5%であると推定している。

新しいエビデンスは、注射によって薬物を使用している女性は、同じ方法で薬物を使用している男性に比べて大きなリスクを経験している可能性があることを示唆している（*6*）。特に、薬物注射をしている女性は親密な関係のパートナー、警察、セックスを行う客による暴力にさらされやすい（*7*）。ホームレスであること（*8*）や精神疾患の併発と合わせると（*9*）、これらの脆弱性が相乗的に作用し HIV への感染リスクはより高まる。薬物注射をする HIV 陽性の女性が妊娠したときに母子感染予防サービスにアクセスする可能性は、他の女性の HIV 陽性者に比べて低いという明白なエビデンスがある。

注射による薬物使用者に不可欠な予防対策の規模を拡大していない国も多い（**表 2.2** および **2.3**）。例えば、複数の首都で調査した注射による薬物使用者のコンドーム使用率は、セックスワーカーや MSM に比べて低い。データを報告した 56 ヵ国のうち、注射による薬物使用者のコンドーム使用率の中央値は 40%（30 ～ 48%）で、75%を超える報告があったのは 3 ヵ国のみであった。

HIV 検査サービスも多くの注射による薬物使用者に届いていない。報告を行った 57 ヵ国において、首都での調査に応じた注射による薬物使用者のうち、過去 12 ヵ月間に HIV 検査を受けた人の割合の中央値は 39%（22 ～ 60%）で、検査を受けた人の割合が 75%を超えていたのは 8 ヵ国であった。

[1] Tracking the average number of needles distributed per person who injects drugs is difficult, since it requires reliably estimating the size of national populations using drugs.

表 2.1

注射による薬物使用者に対する注射針および注射器交換プログラムを通じて配布された1人当たりの注射器の数（データが入手可能な最新年）

カバレージの程度:低 <100

Afghanistan
Albania
Armenia
Azerbaijan
Belarus
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Cyprus
Georgia
Greece
Indonesia
Iran (Islamic Republic of)
Latvia
Lithuania
Mauritius
Mexico
Morocco
Nepal
Pakistan
Poland
Republic of Moldova
Romania
Senegal
Serbia
Seychelles
Sri Lanka
Switzerland
Tajikistan
Thailand
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Tunisia
Ukraine

カバレージの程度:中 100–200

Cambodia
China
Estonia
Hungary
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Luxembourg
Malaysia
Myanmar
Uzbekistan
Viet Nam

カバレージの程度:高 >200

Australia
Bangladesh
Czech Republic
Finland
Madagascar
Malta
New Zealand
Norway
Sweden

注射による薬物使用者について報告のない国々[a]

Algeria
Andorra
Argentina
Austria
Bahamas
Bahrain
Bhutan
Bermuda
Bolivia (Plurinational State of)
Brazill
Brunei Darussalam
Canada
Chile
Colombia
Costa Rica
Côte d'Ivoire
Croatia
Denmark
Djibouti
Dominican Republic
Ecuador
Egypt
El Salvador
Fiji
France
Gabon
Germany
Ghana
Guatemala
Honduras
Iceland
India
Iraq
Ireland
Israel
Italy
Japan
Jordan
Kenya
Kiribati
Kuwait
Lao People's Democratic Republic
Lebanon
Libya
Malawi
Maldives
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Mongolia
Montenegro
Netherlands
Nicaragua
Nigeria
Oman
Panama
Papua New Guinea
Paraguay
Peru
Philippines
Portugal
Qatar
Republic of Korea
Russian Federation
Samoa
San Marino
Saudi Arabia
Sierra Leone
Singapore
Slovakia
Slovenia
Solomon Islands
South Africa
Spain
Sudan
Suriname
Swaziland
Syrian Arab Republic
Taiwan, China
Timor-Leste
Togo
Tonga
Turkey
Uganda
Uruguay
United Arab Emirates
United Kingdom
United Republic of Tanzania
United States of America
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Yemen
Zambia

[a] Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
Oman and Slovenia reported data on the number of syringes distributed but did not have available data on the estimated number of people who inject drugs.

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

表 2.2

注射による薬物使用者におけるHIV検査のカバレージ（データが入手可能な最新年）

<25%

Afghanistan
Armenia
Azerbaijan
Bangladesh
Brazil
Georgia
Hungary
Iran (Islamic Republic of)
Malta
Montenegro
Morocco
Nepal
Nigeria
Pakistan
Philippines
Togo
Tunisia

25–49%

Albania
Australia
Bhutan
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Cambodia
China
Czech Republic
Estonia
Germany
Mauritius
Mexico
Myanmar
Serbia
South Sudan
Sweden
Syrian Arab Republic
Tajikistan
Thailand
Ukraine
United States of America
Uzbekistan
Viet Nam

50–74%

Belarus
Finland
Kazakhstan
Kenya
Kyrgyzstan
Lithuania
Netherlands
Paraguay
Senegal
Switzerland
The former Yugoslav Republic of Macedonia

75–100%

Canada
Indonesia
Luxembourg
Malaysia
New Zealand
Romania
Seychelles

注射による薬物使用者について報告のない国々[a]

Andorra
Argentina
Armenia
Austria
Bahamas
Bahrain
Belgium
Bermuda
Bolivia (Plurinational State of)
Brunei Darussalam
Chile
Colombia
Costa Rica
Côte d'Ivoire
Croatia
Cyrprus
Denmark
Djibouti
Dominican Republic
Ecuador
Egypt
El Salvador
Fiji
France
Gabon
Ghana
Greece
Guatemala
Honduras
Iceland
India
Iraq
Ireland
Israel
Italy
Japan
Jordan
Kiribati
Kuwait
Lao Pople's Democratic Republic
Latvia
Lebanon
Libya
Malawi
Maldives
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Mongolia
Nicaragua
Norway
Oman
Panama
Papua New Guinea
Peru
Poland
Portugal
Qatar
Republic of Korea
Republic of Moldova
Russian Federation
Samoa
San Marino
Saudi Arabia
Sierra Leone
Singapore
Slovakia
Slovenia
Solomon Islands
South Africa
Spain
Sri Lanka
Sudan
Suriname
Swaziland
Switzerland
Timor-Leste
Tonga
Turkey
Uganda
United Arab Emirates
United Kingdom
United Republic of Tanzania
Uruguay
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Yemen
Zambia

[a] Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

表 2.3

注射による薬物使用者におけるコンドーム使用者のカバレージ（データが入手可能な最新年）

<25%

Azerbaijan
Georgia
Iran (Islamic Republic of)
Kenya
Mauritius
Pakistan
Sweden
Tunisia
United States of America

25–49%

Afghanistan
Albania
Algeria
Armenia
Bangladesh
Bosnia and Herzegovina
Brazil
Bulgaria
Canada
China
Estonia
Germany
Hungary
Japan
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Lebanon
Lithuania
Madagascar
Malaysia
Mexico
Montenegro
Morocco
Nepal
New Zealand
Paraguay
Senegal
Serbia
South Sudan
Switzerland
Tajikistan
Thailand
Togo
Ukraine
Uzbekistan

50–74%

Belarus
Bhutan
Indonesia
Latvia
Micronesia (Federated States of)
Nigeria
Romania
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Viet Nam

75–100%

Cambodia
Myanmar
Seychelles

注射による薬物使用者について報告のない国々[a]

Andorra
Argentina
Australia
Austria
Bahamas
Belgium
Bermuda
Bolivia (Plurinational State of)
Brunei Darussalam
Chile
Colombia
Costa Rica
Côte d'Ivoire
Croatia
Cyrprus
Czech Republic
Denmark
Djibouti
Dominican Republic
Ecuador
Egypt
El Salvador
Fiji
Finland
France
Gabon
Ghana
Greece
Guatemala
Honduras
Iceland
India
Iraq
Ireland
Israel
Italy
Jordan
Kiribati
Kuwait
Lao People's Democratic Republic
Libya
Luxembourg
Malawi
Maldives
Malta
Monaco
Mongolia
Netherlands
Nicaragua
Norway
Oman
Panama
Papua New Guinea
Peru
Philippines
Poland
Portugal
Qatar
Republic of Korea
Republic of Moldova
Russian Federation
Samoa
San Marino
Saudi Arabia
Sierra Leone
Singapore
Slovakia
Slovenia
Solomon Islands
South Africa
Spain
Sri Lanka
Sudan
Suriname
Swaziland
Syrian Arab Republic
Timor-Leste
Tonga
Turkey
Uganda
United Arab Emirates
United Kingdom
United Republic of Tanzania
Uruguay
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Yemen
Zambia

[a] Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

These data were reported in 2012, but countries may differ in methods. Surveys are usually conducted in capital cities and may not be nationally representative.

注射による薬物使用者へのエイズ対策における リーダーシップは不十分である

15%
自国資金

東欧・中央アジアでは、国内の公共セクターは、注射による薬物使用者向けの予防プログラムへの支出の15%しか負担できていない。

国内の資源をしっかりと配分しているかどうかが、リーダーシップを持って注射による薬物使用者のニーズに取り組んでいるかどうかを知るためのわかりやすい指標である。注射による薬物使用者向けの HIV 予防プログラムのための資金は増えている。データのある 18 ヵ国で 2006 年から 2007 年、2010 年から 2011 年に 2 倍になっている。しかし、この増加に寄与したのはほとんどが国際ドナーの努力によるものであり、2010 ～ 2011 年に注射による薬物使用者への HIV 対策にかかった総支出の 92%を占めた。多くの国々において、国内の公共セクターは、この人口集団の HIV 関連のニーズに対応するプログラムへの資金提供をいまだに優先事項としていない。

これらのパターンは、東欧・中央アジアでとくに顕著である。2015 年までに注射による薬物使用者の HIV 感染を半減させるという目標を達成し、未来の成功に導くには、この地域の取り組みが不可欠である。この地域のすべての国々において、注射による薬物使用者向けの予防プログラムへの支出の少なくとも 60%は、外部からのドナーによって賄われている。この地域では、注射による薬物使用者向けの予防プログラムに対し、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（以下、世界基金）が最も大きな資金提供者であり、国内の公共セクターの資金が占める割合は 15%に満たない。

注射による薬物使用者の予防サービスに関して、外部からの資金が多くを占めている国の割合が高い地域は、東欧・中央アジア（10 ヵ国中 10 ヵ国）で、アジア太平洋地域（13 ヵ国中 11 ヵ国）がこれに続く。HIV 感染リスクの高いこの人口集団向けの予防プログラムに対するドナーからの資金を 75%以上国内で調達しているのは、報告のあった世界 43 ヵ国[1]のうち 8 ヵ国のみである。現在、多くのドナーが、支援対象国として、最も資源の限られた国々に焦点を定め直し始めているが、このような状況においては、世界基金とその他の国際ドナー全体が資金供与のアプローチを見直すことになれば、注射による薬物使用者向けの予防プログラムの継続性は当然危うくなる。特に中所得国では、これらのプログラムへの自国によるオーナーシップの強化が求められている。

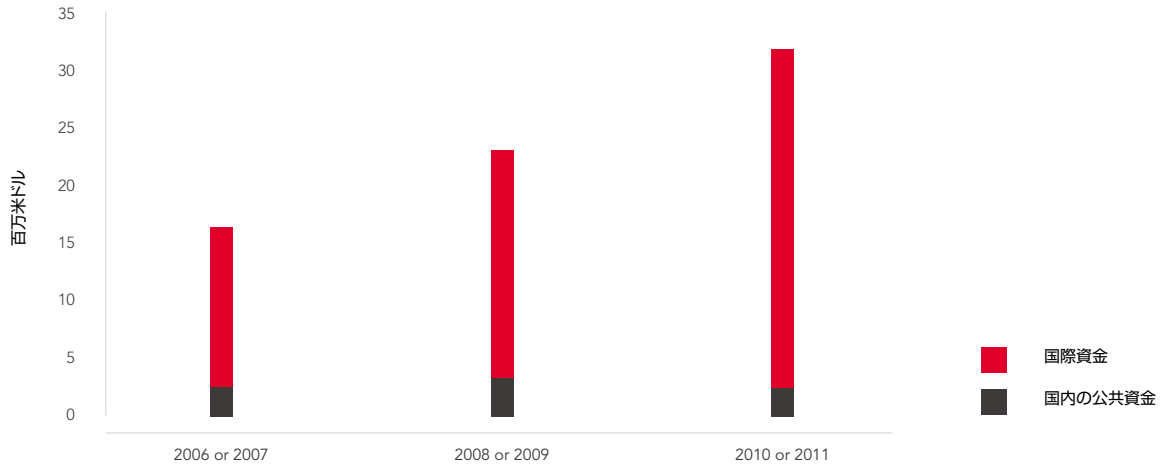
[1] Afghanistan (2011), Angola (2011), Argentina (2009), Armenia (2011), Azerbaijan (2011), Bangladesh (2011), Belarus (2011), Brazil (2009), Bulgaria (2011), Burundi (2010), Cambodia (2009), Colombia (2011), Georgia (2011), Ghana (2010), Guatemala (2010), Haiti (2011), India (2011), Indonesia (2010), Jamaica (2010), Kazakhstan (2011), Kenya (2010), Kyrgyzstan (2011), Lao People's Democratic Republic (2011), Lithuania (2011), Madagascar (2011), Malaysia (2011), Mauritius (2010), Mexico (2009), Myanmar (2011), Nepal (2009), Nigeria (2010), Pakistan (2010), Philippines (2011), Republic of Moldova (2011), Romania (2011), Sri Lanka (2010), Swaziland (2009), Tajikistan (2011), Thailand (2011), the former Yugoslav Republic of Macedonia (2010), Ukraine (2010), Uzbekistan (2011) and Viet Nam (2010).

注射による薬物使用者の HIV 感染を半減させる：2015 年に向けて

エビデンスによると、注射による薬物使用者に関するこの世界目標の達成への道のりは依然として長い。エビデンスに基づいた対策を必要な規模にしていくためには、より強いコミットメントが早急に必要である。注射による薬物使用者に関するデータを報告できていない国が多いため、それらの総人口についての信頼できる推計を得るために、まずはこの人口集団の性行為に関する疫学的データと HIV サービスのカバレージに関するデータの報告方法を改善する動きが必要である。現在、国のエイズ対策で注射による薬物使用者のニーズに取り組んでいない国々は、取り組みを修正するよう直ちに動き出すべきである。政府は、注射による薬物使用者向けの包括的なエビデンスに基づく予防対策に十分な新規の資源を早急に約束しなければならない。また、HIV 検査、オピオイド代替治療、注射針の配布とコンドーム使用の規模を拡大する対策に早急に力を入れなければならない。

図 2.2

注射による薬物使用者に対するHIV対策支出
（データが入手可能な18の低･中所得国）（データが入手可能な最新年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

3 HIV INFECTION AMONG CHILDREN AND KEEPING THEIR MOTHERS ALIVE

子どものHIV感染と母親の生存

国際社会は、子どもの新たな HIV 感染をなくすこと、HIV 陽性の母親が妊娠に関連する原因で亡くなるケースを減らすことに取り組む歴史的な努力を行ってきた。関係機関が協力し合い、2015 年までに子どもの新たな HIV 感染をなくし、母親が生き続けられるようにする「グローバルプラン」をつくりあげた *(1)*。2011 年、世界は 2015 年の目標達成に向けて新たな一歩を踏み出し、2015 年までに子どもの新たな HIV 感染をゼロにするという目標の実現可能性に大きな自信をもつことになった。

新たに HIV に感染する子どもの数は減り続けている

409 000

2009年から2011年の3年間に、子どもへの抗HIV薬の予防投与により、低･中所得国の子どもたち40万9000人がHIV感染を免れた。

2011 年、33 万人［28 万～ 39 万人］の子どもが HIV に感染した。この数は 2003 年（56 万人［51 万～ 65 万人］）に比べて 43％少なく、2009 年（43 万人［37 万～ 49 万人］）と比べても 24％少なくなっている。

2011 年に新たに HIV に感染した子どもの 90％以上がサハラ以南のアフリカの子どもたちである。同地域の子どもの新規 HIV 感染者数は、2009 年に比べ24％減少している。他の地域では、カリブ諸国（32％減）、オセアニア（36％減）で大幅に減少し、減少幅は小さいがアジア（12％減）でも減少している。また、ラテンアメリカ（24％減）、東欧・中央アジア（13％減）でもゆるやかに減少している。しかしながら、これらのゆるやかな減少がみられる 3 地域はすでに大幅な減少を経験している地域であり、中東･北アフリカが唯一、減少がみられない地域である。

新たに HIV に感染する子どもの圧倒的多数を占める広汎流行期にある国々では、過去 10 年間で目覚ましい成果がみられた。6 ヵ国（ブルンジ、ケニア、ナミビア、南アフリカ、トーゴ、ザンビア）では、2009 年から 2011 年の間に新たに HIV に感染する子どもの数は 40 ～ 59％減少した。その他 16 ヵ国でも、同時期に 20 ～ 39％の減少がみられた。

このような進歩は至る所でみられているわけではないが、2015 年までに子

表 3.1

新たにHIVに感染する子ども（0〜14歳）の数の減少割合
（広汎流行期にある国々）（2009年と2011年の比較）

Increased	1–19%	20–39%	40–59%
Angola	Benin	Botswana[a]	Burundi
Congo	Burkina Faso	Cameroon	Kenya
Equatorial Guinea	Central African Republic	Côte d'Ivoire	Namibia
Guinea-Bissau	Chad	Ethiopia	South Africa
	Djibouti	Ghana	Togo
	Eritrea	Guinea	Zambia
	Gabon	Haiti	
	Mozambique	Lesotho	
	Nigeria	Liberia	
	South Sudan	Malawi	
	United Republic of Tanzania	Papua New Guinea	
		Rwanda	
		Sierra Leone	
		Swaziland	
		Uganda	
		Zimbabwe	

出典:UNAIDS estimates.

[a] Note: the baseline year for the Global Plan is 2008. Some countries had already made important progress in reducing the number of new HIV infections among children in the years before 2009, notably Botswana which, by 2009, already had 92% coverage of antiretroviral medicines among pregnant women. In countries with high coverage, further declines in HIV infections among children are harder to achieve.

どもの新たな HIV 感染をゼロにするという世界目標の達成のためには、強力なアクションを起こすことが重要であることを明示している。11 ヵ国では、2009 年以降に新たに HIV に感染した子どもの数は 1 〜 19%と小幅な減少がみられたが、アンゴラ、コンゴ、赤道ギニア、ギニアビサウの 4 ヵ国では増加している（**表 3.1**）。

新たに HIV に感染する成人の数が減っていることが子どもの HIV 感染の減少に役立っているものの、抗 HIV 治療と乳児栄養に基づいた予防サービスの普及といった近年の成果が、子どもの新たな HIV 感染の急速な減少に大きく寄与している。子どもへの抗 HIV 薬の予防投与により、2009 年から 2011 年にかけては低・中所得国の子どもたち 40 万 9,000 人が HIV 感染を免れた。

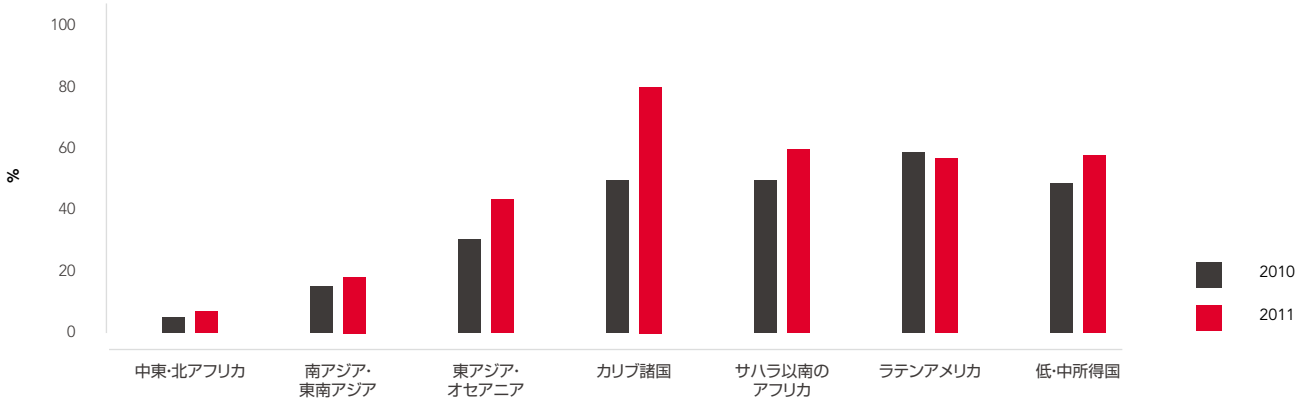
子どもの新たな HIV 感染をなくすための青写真

新たに HIV に感染する子どもの数を減らすために、鍵となる 4 つのアクションを推奨する。(1) 主要な HIV 予防サービスを強化し、生殖可能年齢の女性とそのパートナーの HIV 感染を防ぐこと、(2) (避妊やカウンセリングなどの) ステップを踏んで、女性 HIV 陽性者の家族計画に関するニーズを満たすこと、(3) HIV 検査とカウンセリング、抗 HIV 薬をタイムリーに提供し、HIV 陽性妊婦から子どもへの感染を防ぐこと、(4) 女性 HIV 陽性者、HIV 陽性の子ども、その家族に対し、HIV ケア、治療、支援を適切にタイムリーに提供すること。

子どもの HIV 感染予防に関しては、最新の技術が急速に発達しており、感染のリスクを減らす最も効果的な方法に関して新たなエビデンスも得られている。同様に、各国は新たなエビデンスが得られるように、既存の制度とアプローチを適切に変えていく必要がある。CD4 値が 350/μL 以上で 3 剤併用の抗 HIV 治療を始めた妊婦が一生この治療を続けていくのか、妊婦の抗 HIV 薬のレジメンにエファビレンツを含ませるのか、子どもへの HIV 感染予防の効果を最大限にするために推奨されている乳児栄養の方法や期間はどれくらいかなどは、きわめて重要な判断を要する。

図 3.1

母子感染予防のための効果的な抗HIV薬のレジメンを受けているHIV陽性者や妊婦の割合
(地域別) (2010年および2011年)



Coverage for Eastern Europe and Central Asia is not reported because the data have not been completely validated.

出典:2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr) and UNAIDS estimates.

必要としている人々にサービスを提供する

子どもの HIV 感染予防プログラムが始まって以来、意図しない妊娠を減らすプログラムが大きく変化したというエビデンスはほとんどない。全国世帯調査のデータのあるサハラ以南のアフリカ 15 ヵ国のうち、2000 年から 2011 年にまだ対処されていない家族計画のニーズが 5% ポイント以上低下したのは 5 ヵ国のみであった。

低・中所得国では、母子感染予防に効果的な抗 HIV 治療のカバレージが 2011 年に 57%［51 ～ 64%］となった。高所得国では、長らく妊婦の抗 HIV 治療のカバレージがほとんど 100% になっており、カリブ諸国だけがそれらと同様の高いレベル（79%［67 ～ 97%］）となっている（**図 3.1**）。世界の HIV 陽性妊婦の 92% を占めるサハラ以南のアフリカでは、抗 HIV 治療あるいは予防投与を受けている HIV 陽性妊婦の割合は 59%［53 ～ 66%］である。南アジア・東南アジアでは 18%［13 ～ 23%］、中東・北アフリカでは 7%［6 ～ 9%］と、そのカバレージはもっと低い。ただ、集中流行期にある国々で、HIV 感染リスクを高める行動をする人口集団に含まれる女性たちの妊娠や出産のパターンはよく理解されていないため、サービスのカバレージを推定するのは難しい。このような状況にいる HIV 陽性妊婦の数を推定すること自体が難しいからである。

表 3.2

母子感染予防のための抗HIV薬のレジメン（ネビラピン単剤使用を除く）を受けている妊婦の割合（広汎流行期の国々）（2011年）

<25%

Angola
Chad
Congo
Djibouti
Eritrea
Ethiopia
Nigeria
South Sudan

25–49%

Benin
Burkina Faso
Central African Republic
Gabon
Guinea
Guinea-Bissau
Papua New Guinea

50–74%

Burundi
Cameroon
Côte d'Ivoire
Kenya
Lesotho
Liberia
Malawi
Mozambique
Rwanda
Sierra Leone
Togo
Uganda
United Republic of Tanzania
Zimbabwe

75–100%

Botswana
Ghana
Haiti
Namibia
South Africa
Swaziland
Zambia

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr) and UNAIDS estimates.

母子感染の予防目的で抗 HIV 薬の投与を受けている妊婦と乳児の割合は、広汎流行期にあり、データが得られるほとんどの国で 50％を超える。広汎流行期の国々において、抗 HIV 薬投与のカバレージは 8 ヵ国で 75％を超え、13 ヵ国は 50 ～ 74％と報告している（**表 3.2**）。

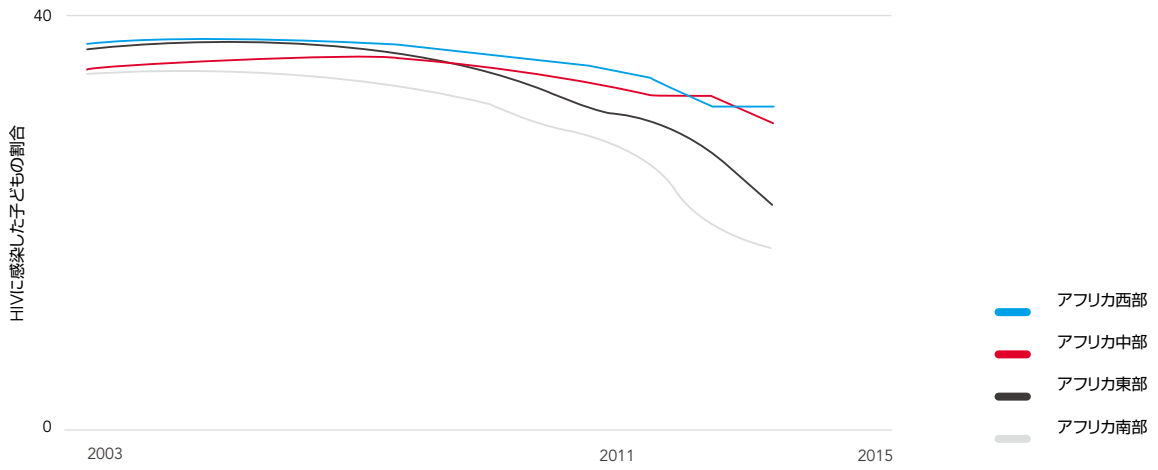
授乳している人口集団においては、授乳期に母親あるいは乳児に抗 HIV 薬を投与することが子どもへの感染予防において非常に重要である *(2)*。「グローバルプラン 21（the 21 Global Plan）」におけるサハラ以南のアフリカの優先国のうち、授乳期に予防投与を受けている HIV 陽性の母親と乳児の割合は、2009 年以降増加している。

図 3.2 には、サハラ以南のアフリカのサブ地域ごとの子どもへの HIV 感染率の差が示されている。図が示しているとおり、大きな前進がみられたサブ地域もある。アフリカ南部は、HIV の母子感染予防サービスのカバレージが最も高いサブ地域であり、授乳期後の母子感染率は最も低い 17％に達した。対照的にアフリカ中部およびアフリカ西部では、母子感染率はいまだに 30％前後である。これは授乳期における予防投与のカバレージが低いためである。

HIV に感染した子どもに対しては、国際的なガイドラインが 2 歳未満の

図 3.2

サハラ以南のアフリカのサブ地域における母子感染率の動向（2000～2011年）



出典: UNAIDS estimates.

子どもに対し、すぐに抗 HIV 治療を開始することを推奨している。2 歳以上の子どもに対しては、CD4 値のレベルによって異なったガイドラインに従うことが推奨されている *(3)*。2011 年、抗 HIV 治療を必要とする 0 ～ 14 歳の子どものうち、命を救うこの治療を受けているのは 28％［25 ～ 31%］に過ぎない。この事実は、感染した年齢にもよるが、治療を受けられないことによる子どもたちの 1 年以内の死を意味することもある *(4)*。

HIV 陽性の母親の治療へのアクセスを保証することは母親本人だけでなく、その子どもにとっても有益である。調査によれば、母親を亡くした子どももまた、HIV 感染の有無にかかわらず、死亡のリスクが増すことがわかっているからである。治療が必要とされる HIV 陽性妊婦のうち、自分自身の健康のために抗 HIV 治療を受けている母親の割合は 2011 年、30％［27 ～ 32%］で、（WHO のガイドラインによって）抗 HIV 治療を受けている成人全体のカバレージ（54％［51 ～ 59%］）より低い。保健ケアへのアクセスレベルがより高いにもかかわらず、なぜ妊婦が抗 HIV 治療を開始しないのか、あるいは開始予定との報告がなされないのかを明らかにする定性的研究が求められる。最近の推計によると、女性 HIV 陽性者のうち、妊娠に関連して死亡した人の数は 2005 年の 46,000 人から 2010 年には推定 37,000 人と減少している。出産前ケアの際に HIV 陽性と診断された妊婦が、抗 HIV 治療の開始基準がわかる検査を確実に受けられるよう、さらなる対策が求められる。

HIV 陽性妊婦は結核を発症する可能性がより高くなるため、結核のスクリーニング検査、予防、感染管理は母子感染予防のパッケージに不可欠なサービスである。HIV 陽性妊婦が活動性結核を発症するリスクは、HIV に感染していない妊婦に比べて 10 倍以上高い。加えて、結核は産科的および周産期的に非常に良くない事態につながる。例えば、胎児の HIV 感染リスクが 2 倍になり、妊婦死亡率は 2.2 ～ 3.2 倍に、乳児死亡率は 3.4 倍になる *(5)*。抗 HIV 治療は CD4 値にかかわらず結核のリスクを 65％減らすため、早期の抗 HIV 治療と、受診時の定期的な結核スクリーニング検査を組み合わせることで、妊婦がイソニアジド予防治療または活動性結核の早期治療を受けることが可能になり、母子ともに生存の可能性を高めることができる。

人道的な危機の状況にある HIV 陽性妊婦はとくにリスクにさらされる。HIV に感染して生まれる子どもをなくし、母親が生き続けるという目標を達成するためには、人道支援機関は予防サービスを拡大し、強制移住させられた女性が HIV 予防サービス、治療、ケアとサポートにアクセスできることを保証しなければならない。

30%

治療のカバレージ

2011年に自身の健康のために抗HIV治療を受けられている妊婦は30%のみで、成人全体における割合である54%よりも低い。

国の政策を強化する必要性

「グローバルプラン[1]」に含まれる 22 の優先国のうち、21 ヵ国が子どもの新たな HIV 感染予防の国家目標を設定し、グローバルプランの内容と国の戦略の連携を図っている。しかし、エビデンスによれば、多くの国で政策の枠組みと臨床診療において常に存在する欠点が明らかになっている。例えば、2011 年には 32 ヵ国（HIV の流行が深刻な 12 ヵ国を含む）が、母子感染の予防目的で、妊婦に対しネビラピン 1 剤のみという最適以下の投与をいまだに行っていると報告している。

サハラ以南のアフリカおよびその他の地域の大部分では母乳を与えることが慣例となっているが、授乳期に母子感染の予防投与を行っている母子の数を報告しているのは 43 ヵ国のうち 10 ヵ国のみであった。このような残念な結果の原因は、報告のメカニズムが確立されていないからかもしれない。しかし同時に、各国が、授乳中の女性を施設およびコミュニティレベルで提供されるサービスや支援につなげるうえで経験している課題を反映しているとも考えられる。

子どもの新規 HIV 感染ゼロを達成するためには、各国および国際社会全体のリーダーシップにさらなる改善の余地がある。グローバルプランにおける 22 ヵ国の優先国のうち 13 ヵ国が、2008 年から 2010 年にかけての、子どもの HIV 感染予防のサービスへの支出の動向を報告している。エイズに対する支出データ報告によると、子どもの HIV 感染予防プログラムへの資金額は、ボツワナ、ブルンジ、カメルーン、ガーナ、ケニアで増加してきたが、アンゴラ、チャド、ナミビアで減少しており、コンゴ民主共和国、インド、レソト、ナイジェリアでは増減のパターンは一貫していない。

子どもの新たな HIV 感染をなくし、母親の命をつなぐ：2015 年に向けて

子どもの HIV 感染予防サービスのカバレージを 57％にまで拡大したことは、大きな成果と言える。しかし、2015 年までに子どもの新たな HIV 感染をなくすという世界目標を達成するためには、予防サービスの規模拡大のための早急な努力だけでなく、グローバルプランでうたわれるすべてのプログラムの要素が十分に実施されることを保証する措置も求められている。特に生殖可能年齢の女性の HIV 感染を予防し、女性 HIV 陽性者が妊娠や出産に関して自己決定できるようにすることなしに、世界目標を達成することは不可能である。最も効果的な予防投与を用いるべきであり、予防対策は出産前の時期だけでなく授乳期まで拡大して提供されるべきである *(6)*。早期の診

[1] The Global Plan priority countries include: Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Chad, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, South Africa, Swaziland, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia and Zimbabwe.

断と治療は重要であり、HIVにさらされた子どもの命を救うことにつながり、質の高いプログラムを保証することにつながる。UNAIDSのパートナーは看護師を再訓練し、すべての臨床現場で必須医薬品にアクセスできることを保証すべく、今後も協力しなければならない。

質の高い治療とケアをタイムリーに女性HIV陽性者に提供できるように厳しい努力が必要とされている。CD4値が350/μL以下の妊婦の推定70%［68～73%］が抗HIV治療を受けていない。これは女性の健康を損なっているのと同様に、子どもへの感染予防の世界的な対策を妨げているものである。

HIV陽性の母親が妊娠期に予防投与で服薬していた抗HIV薬の組み合わせを出産後も一生使い続けることが望ましいというエビデンスが増えている（「Option B+」）。この方法は将来の母子感染率を低下させ、性行為の相手への感染の可能性も低下し、母親の生存率を高め、単純化した治療計画を進めることができる（7）。これをインフォームド・コンセントと共に権利に基づいた方法で実施していくことが不可欠である。

2.5×

脆弱な立場にある人口集団における母子感染は、一般人口の2.5倍ほど高い。

包括的な予防と抗HIV治療サービスを、母親、新生児、子どもの保健サービスと統合することで、すべての介入の効率と効果が上がることになる。サービスを一括に提供することで、女性は必要なサービスを受けることができ、サービスの効率も上がる（8）。保健ケアシステムが弱い国にとっては、HIVケアがすでに相当な負担になっていることから、サービスの統合は広汎流行期にある国々でとくに重要である。

サービスの規模を拡大するには、社会的および構造的な障害を最小限にするためのさらなる努力が必要である。母親を指導し、HIV感染の事実を伝えることを支援し、男性と男児の関与を促進し、スティグマと差別を減らすようなコミュニティプログラムは、必要なサービスへのアクセスを促進し、家族全体を継続的にケアするために必須である。加えて、サービスのカバレージが高いレベルに達している国々でさえも、薬物を使用する女性、セックスワーカーの女性、刑務所にいる女性、非合法移住者、少数民族など、社会的に排除され脆弱な立場にある人口集団にサービスが届くようにするための一致した取り組みが必要である。主流の母子および子どもの保健ケアサービスにしばしば見過ごされてしまう脆弱な立場にある、こうした人々の母子感染率は一般人口よりも2.5倍ほど高い（9）。

女性HIV陽性者や脆弱な立場におかれている女性に周産期ケアを受けることを思いとどまらせる原因となるスティグマを軽減するためには、影響を受けているコミュニティとの関与、革新、コミットメントが求められる。子どもの新たなHIV感染を2015年までにゼロにするという無比の機会を認識し、各国および国際的な関係機関もまた、優先順位の高いその他の保健関連のサービスと拮抗し、HIV予防サービスのための必要な支援が後回しにされないようにしなければならない。

4 TREATMENT

治療

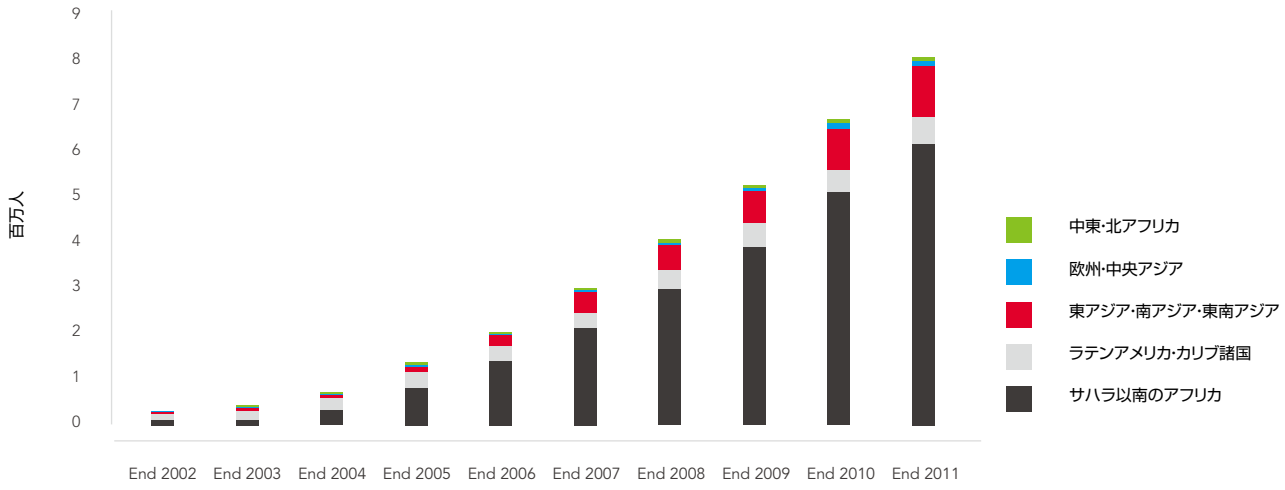
抗 HIV 治療の急速な拡大は、近年の公衆衛生史における最も目覚ましい成果の一つであり、これは 2011 年も続いた。2011 年に抗 HIV 治療を開始した人の数はこれまでで最も多かった。各国からの進捗報告のデータによれば、治療を受けている HIV 陽性者の数は 2010 年に比べて 21%増加した。CD4 値が 350/µl 未満（治療を開始すべき最近の閾値）の HIV 陽性者の約半数が、治療なしで生存できる年数は 2 年であることを考えると、カバレージの拡大は命を救うものである。2015 年までに 1500 万人に抗 HIV 治療を提供するという世界目標を達成するには、このような速いペースでの拡大の持続が不可欠である。

治療カバレージにおける有望な傾向

抗 HIV 治療を受けている人の数は 2011 年末までに 800 万人に達した。これは 2003 年の 20 倍にあたる（**図 4.1**）。1995 年以降、低・中所得国では抗 HIV 治療により生存年数が 1400 万ほど追加されたことになる。サハラ以南のアフリカにおける 900 万という数もここに含まれている。

図 4.1

抗HIV治療を受けている人々の数
（低･中所得国、地域別）（2002～2011年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

2011 年、低・中所得国において、抗 HIV 治療を必要とする HIV 陽性者で治療を受けている人の数が初めて半分以上（54%）になった。ラテンアメリカでは 68%、カリブ諸国では 67%、オセアニアでは 69%と最も高いカバレージになった。サハラ以南のアフリカ地域のカバレージは世界の平均に比べて少しだけ高く、56%である。東欧・中央アジアでは 25%、中東・北アフリカでは 15%と低いままであった。

80%以上の治療カバレージを達成した国の数は、2009 年の 7 ヵ国から 2011 年には 10 ヵ国になった。治療カバレージが 20%未満の国の数は、2009 年の 28 ヵ国から 2011 年には 10 ヵ国になった。これはたいへんな進歩と言えるが、治療を必要とする 5 人に 1 人が治療を受けられない国が 10 ヵ国もあるという事実はさし迫った注意が必要である。

低・中所得国では、抗 HIV 治療のカバレージは女性が 68%と、男性（47%）より高い。子どもの治療へのアクセスのギャップは埋まっておらず、世界的な成人の治療カバレージ（54%）に比べて 28%と低いままである。治療が必要な子どものうち 5 人に 1 人しか抗 HIV 治療を受けられない国が 42 ヵ国であるのに対し、成人の治療カバレージが 20%未満の国は 10 ヵ国である。80%の治療カバレージを達成した国は、子どもに関しては 18 ヵ国で、成人に関しては 14 ヵ国であった。

HIV 治療へのアクセスと継続性は、人道的危機にさらされている人々には依然重要な問題である。2011 年、アジア、アフリカ、ラテンアメリカ、中東・北アフリカの難民の 93%は、周囲の他の人口層と同じレベルで抗 HIV 治療にアクセスしている。

28%

子どものHIV治療のカバレージ

低･中所得国でのHIV治療のカバレージは、女性が68%、男性が47%である。世界全体の子どもについては、28%である。

プログラムの成果の改善

プログラムの実施者は、治療イニシアチブの成功を確実にするために、過去 10 年間の教訓から得ることが多いことを、注目すべきエビデンスが示している。タスクシフティング（医療行為の一部を医師から看護師等に移譲すること）や薬剤費用の低額化により、今の限られた資源でより多くの人々に治療を届けることが可能となる。モザンビークでは、プログラムのモニタリングを強化したことで、2009 年から 2011 年にかけて 1 人にかかる抗 HIV 治療費を 45%削減することに成功した *(1)*。2012 年にクリントン・保健アクセス・イニシアチブがサハラ以南のアフリカ 5 ヵ国の 160 以上の診療所で実施した調査による *(2)* と、HIV 治療を提供する 1 人当たりの費用は年々確実に下がってきた。

治療コストのさらなる縮減

プログラムマネジメントの強化による 1 人当たりの治療費の縮減に加えて、抗 HIV 薬の低額化に向けた努力もまた必要である。国際的な関係機関から支援を受けている国々は、自国の製薬能力を確立し、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）に認められた柔軟な運用を十分に活用できるよう対策を施すべきである。低・中所得国が直面している HIV やその他の保健問題に関するさらなる保健分野の調査と開発を進め、優先順位の高い保健問題に取り組む手ごろな価格の新たなツールを開発することが必要であり、そのためにも WHO の諮問専門家作業部会（WHO Consultative Expert Working Group）が推奨するように、革新的な資金メカニズムを開発することに早急に力を注ぐべきである。

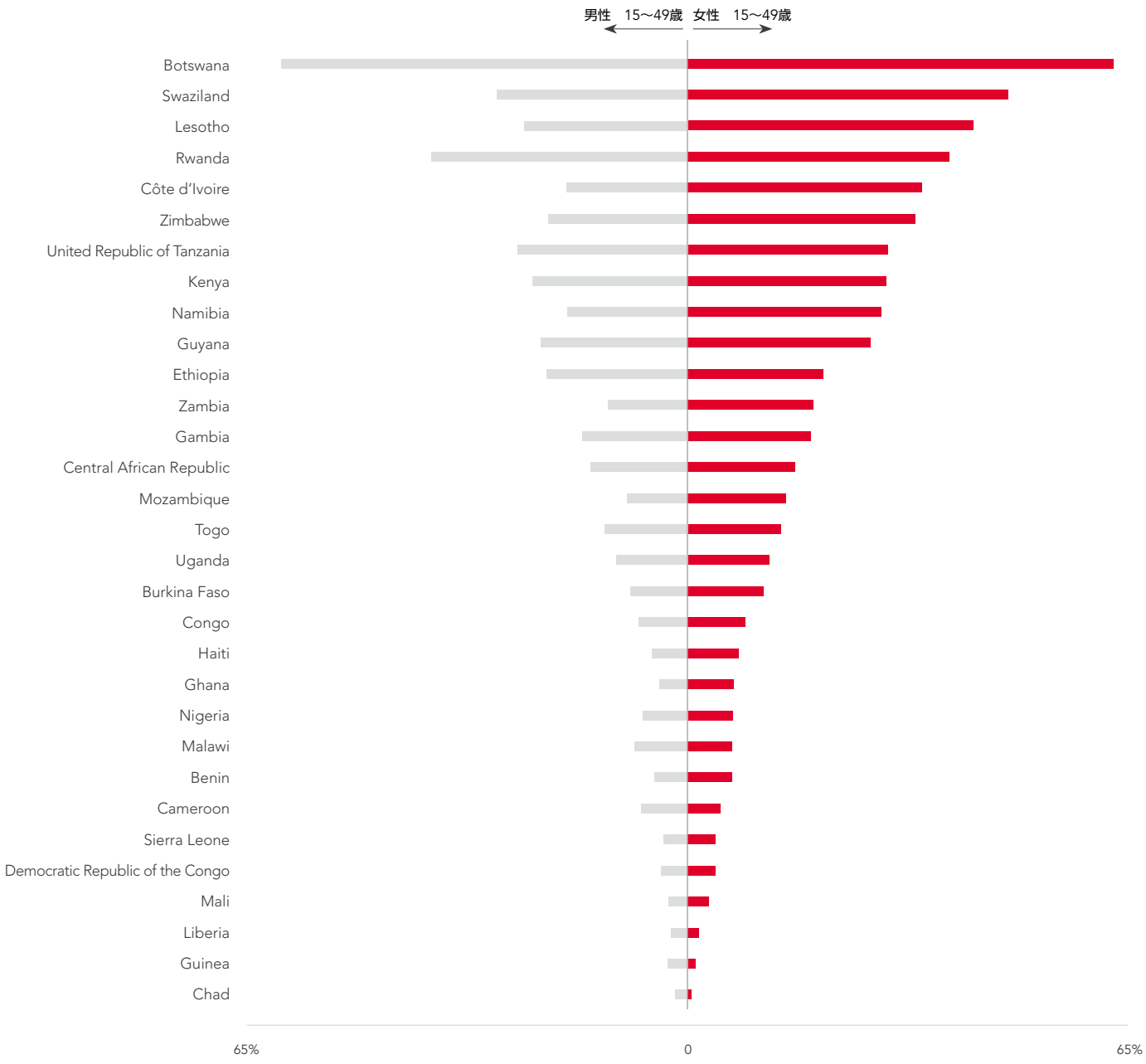
治療アクセスの拡大を前進させるコミュニティの関与

HIV 治療を次の段階に引き上げる「治療 2.0（Treatment 2.0）」というプログラムによるアプローチは、質の高い、権利に基づいた HIV ケアと治療プログラムの計画、実施、評価のすべての段階に、HIV 陽性者と影響を受けているコミュニティの関与を必要とする。コミュニティのリーダーシップは、強固で持続可能な治療サービスの需要を生み出し、治療のアドヒアランスとその他の治療の成果を改善する潜在的な可能性を持っている。入手可能な実績について最近行われたレビューでは、サハラ以南のアフリカで通院治療のプログラムを受けている人々の 70％が、初回治療開始の 2 年後も抗 HIV 治療を受けていることがわかっている。また、モザンビークで実施されている、臨床サービスを補完すべくコミュニティ支援戦略を利用したプログラムでは、2 年にわたる治療継続率が 98％まで上昇した。UNAIDS はコミュニティの関与が HIV ケアと治療のプログラムを強化するというエビデンスの基礎の確立に努めている。

連続体としての治療の各段階における結果を改善する努力が続いている。2004 年から 2011 年にサハラ以南のアフリカの 14 ヵ国で実施された調査によれば、抗 HIV 治療プログラムの規模が拡大し、さらに、医療従事者主導の検査・カウンセリング、迅速検査技術、自宅検査のキャンペーンなど、各国が幅広くさまざまな検査戦略に力を注いだことにより、過去 12 ヵ月間に HIV 検査を受けた成人の数は大幅に増加した（**図 4.2**）。ケニアとウガンダの多重疾患の予防キャンペーンを含む革新的なアプローチは、コミュニティ・ベースの検査アプローチの実現可能性と潜在力を実証した。サハラ以南のアフリカの 14 ヵ国の調査では、HIV 検査の受検率は女性のほうが男性より高い傾向がある。おそらくこれは周産期に検査機会が多いことによるものと思われる。人口当たりの受検率が上昇している傾向はあるものの、入手可能なエビデンスでは、検査プログラムがよりリスクの高い年齢・人口集団群に届いていると決定的に論証されてはいない。

図 4.2

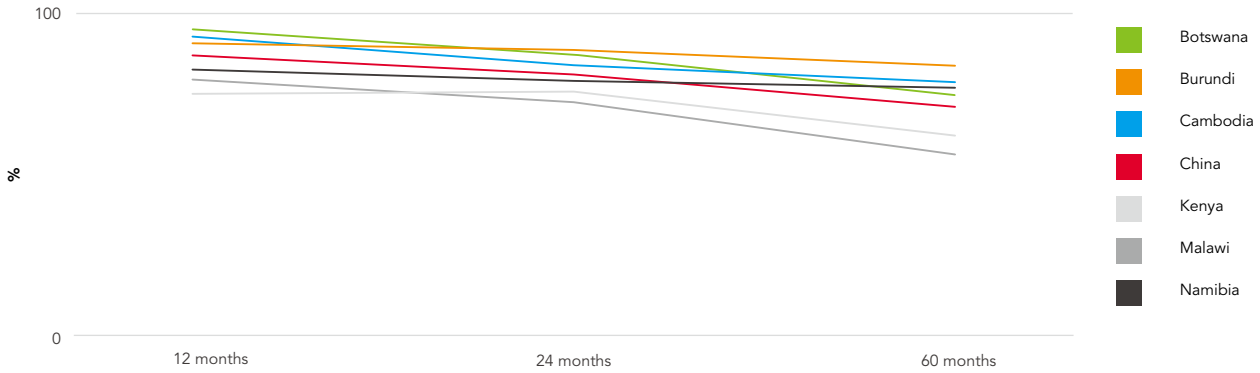
過去12ヵ月間にHIV検査を受け結果を受け取った15〜49歳の男女の割合（2004〜2011年）



出典: Demographic and Health Surveys (www.measuredhs.com).

図 4.3

各国の抗HIV治療継続率
（12･24･60ヵ月後の推移）（2012年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

治療継続の改善

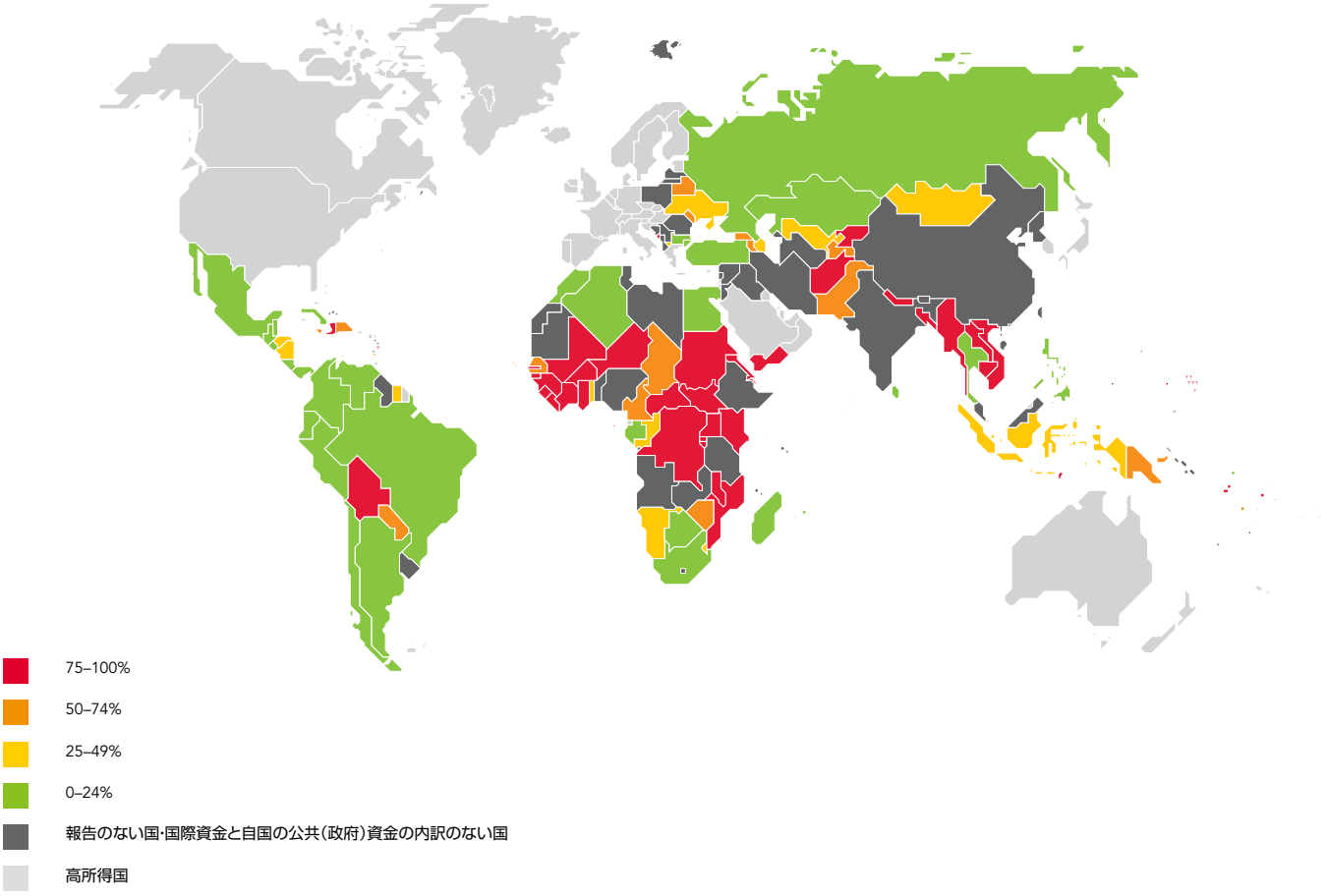
エビデンスが強調し続けているとおり、HIV ケアと治療を受ける人々の継続率の改善は緊急の課題である。マラウイでは同じ施設で治療を開始した人々の半数近くが 5 年後には治療を継続しておらず、ケニアではこの治療不継続の割合は 40％近くとなっている（**図 4.3**）。継続率の傾向について信頼に値する結論を出すことは難しい。なぜならば、経年的に追跡できるような全国規模でのデータを継続的に入手している国がほとんどないからである。また、治療施設を移動する人々が繰り返し報告されることも難しさの理由の一つである。

治療のための「援助」に依存している国際社会

自国での資金を増やすために相当な努力をしているものの、多くの国々が治療、ケア、支援に対する国際的な援助に大きく依存している（**図 4.4**）。治療に費やした国際社会および自国（政府）の支出割合を 2007 年から 2011 年にかけて少なくとも一度は報告した 102 の低・中所得国のうち、59 ヵ国で国際社会からの資金の割合が 50％を超え、43 ヵ国では 75％を超えていた。

図 4.4

ケアおよび治療の支出において国際援助の資金が占める割合（低･中所得国）（2007～2011年）



出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

2015 年までに 1500 万人に抗 HIV 治療を提供する：2015 年に向けての前進

治療の規模拡大が現在の年間ペースで続けば、2015 年までに 1500 万人に抗 HIV 治療を提供することは実現可能である。しかし、この目標を達成するには、治療プログラムの効率と効果を改善するためのさらなる努力が必要である。

抗 HIV 治療における治療効果と予防効果を最大限にするためには、連続体としての治療におけるギャップをなくす、より大きな成果が必要とされる。HIV 陽性者は簡単にアクセスできる HIV 検査サービスで、感染の早い時期に診断を受けることが必要である。陽性と診断された人々はケアにつながり、容易にアクセスできるところで迅速に診察を受けられなければならない。抗 HIV 治療はタイムリーに開始されなければならない。人々は治療プログラムを継続して受けることができ、規定の治療計画の服薬アドヒアランスに対する支援が得られなければならない。薬剤の供給システムをより信頼できるものにし、治療と他のプログラム（例：カップルのカウンセリングと検査、男性の自主的な医療割礼の取り組み、オピオイド代替治療など）をつなげる機会をさらに改善していかなくてはならない。コミュニティは治療の取り組みへの支援に、さらに注力する必要がある。

抗 HIV 治療の費用を下げることも不可欠である。特に、第二・第三選択薬の治療計画は将来需要がさらに高まるからである。世界貿易機関（WTO）による TRIPS 協定のような国際条約に要求することで許可される柔軟な運用手段といった、公衆衛生の目標を見据えて知的財産権を管理する戦略は、今後大きな役割を果たすであろう。国際機関は、自由貿易協定のなかで、入手可能な命を救う薬や利用可能な医療技術へのアクセスを妨げるような条項を避けるべきである。

子ども、特に最も幼く弱い立場にある子どもの治療カバレージを改善すること、陽性率が高い状況にいる男性がより早期に HIV 検査と治療を受けられるようにすることに関して、さらなる努力が求められる。保健システムは脆弱な立場におかれている人々のニーズにより適切な対応をしなければならない。年齢別および性別の治療の継続率をモニタリングできるよう、保健分野の報告システムを強化しなければならない。本章の終わりにあたって、調査の実施を促進させ、世界中で得られた教訓に留意し、HIV 治療を次の段階へと進展させるために、より多くの努力が必要なことも忘れてはならない（**表 4.1**）。

表 4.1

必要な抗HIV治療を受けている人々の割合[a]（低･中所得国の各国）（2011年末現在）

<20%

Afghanistan
Bolivia (Plurinational State of)
Iran (Islamic Republic of)
Latvia
Madagascar
Pakistan
Somalia
Sudan
South Sudan
Yemen

20–39%

Algeria
Angola
Armenia
Azerbaijan
Bangladesh
Bhutan[b]
Bulgaria
Central African Republic
Chad
Djibouti
Egypt
Indonesia
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Lebanon
Liberia
Lithuania[b]
Malaysia
Mauritania
Mauritius
Morocco
Myanmar
Nepal
Niger
Nigeria
Republic of Moldova
Russian Federation
Sri Lanka
Tajikistan
Ukraine

40–59%

Burkina Faso
Burundi
Cameroon
Cape Verde
Colombia
Congo
Côte d'Ivoire
Eritrea
Ethiopia
Gabon
Gambia
Ghana
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Haiti
Honduras
India
Lao People's Democratic Republic
Lesotho
Mali
Mozambique
Panama
Philippines
Sao Tome and Príncipe[b]
Senegal
Sierra Leone
Suriname
Togo
Turkey
Uganda
United Republic of Tanzania
Uruguay
Viet Nam

60–79%

Argentina
Belize
Benin
Brazil
Chile
Ecuador
El Salvador
Georgia
Jamaica
Kenya
Malawi
Nicaragua
Papua New Guinea
Paraguay
Peru
Romania
Serbia
South Africa
Thailand
Tunisia
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Zimbabwe

≥80%

Botswana
Cambodia
Cuba
Dominican Republic
Guyana
Mexico
Namibia
Rwanda
Swaziland
Zambia

[a] The table does not include countries with fewer than 100 people who need antiretroviral therapy.
[b] Countries with an estimated antiretroviral therapy need of less than 1000 people. The data for these countries should be interpreted cautiously because of how ranges of uncertainty affect the estimates.

出典: UNAIDS estimates.

5 TUBERCULOSIS AND HIV

結核とHIV

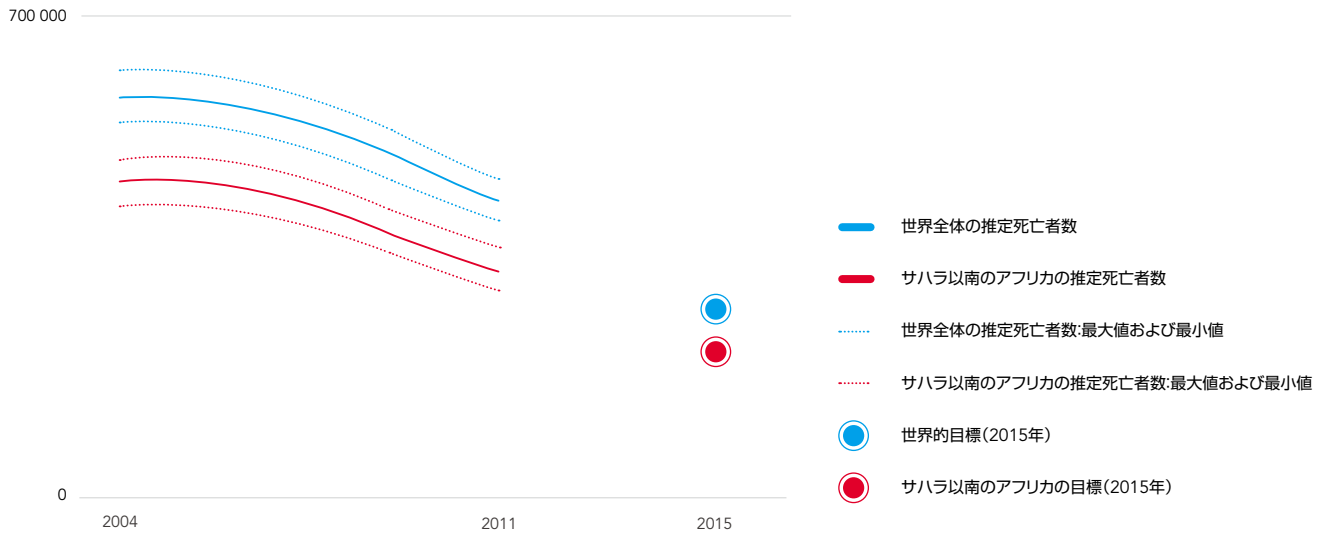
結核によって死亡するHIV陽性者の数を2015年までに半減させるという世界目標に向かって、重要な進展があった。2004年以降、結核によって死亡したHIV陽性者の数は世界中で25%減少し（**図5.1**）、結核に感染しているHIV陽性者の80%が集中しているサハラ以南のアフリカでは28%減少した。WHOは連携して実施するHIVと結核の対策の規模を拡大したことにより、2005年から2011年の間に約130万人がエイズ関連の疾患による死を免れたとしている。

2011年、世界の結核患者870万人のうち、HIV陽性者は110万人（13%）である。2011年、HIV検査の結果を受け取った結核患者のうち、23%がHIV陽性であった（**表5.1**）*(1)*。

近年の成果を基礎として、結核によって死亡するHIV陽性者を半減させるという世界目標に到達するためには、いくつもの決定的な取り組みが必要である。

図 5.1

HIV陽性者における結核による推定死亡者数
（2004〜2011年）



出典: *Global tuberculosis report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/en).

抗 HIV 治療は、HIV 感染によってダメージを受けた免疫システムを修復することで、結核の感染と結核による死亡のリスクを大きく減らす。そのため、HIV 陽性者の結核を予防し治療するために、早期の抗 HIV 治療の緊急な規模拡大を続けなければならない。2011 年のメタ分析によれば *(2)*、抗 HIV 治療は HIV 陽性者の結核リスクを 65％減少させる。HIV と結核の重複感染者は CD4 値にかかわらず、すぐにでも抗 HIV 治療を開始すべきである。

表 5.1

HIV検査、HIVと結核の重複感染者の治療、HIV陽性者の結核予防（地域別）（2011年）

	HIVと結核の重複感染者数（推定値）（千人）			HIV感染有無を知っている結核患者数（千人）	結核感染が判明しHIV検査を受けた人数の割合	結核の検査を受けたHIV陽性者数の割合	HIVと結核の感染が明らかで、抗HIV治療を開始している人数の割合	結核スクリーニングを受けたHIV陽性者数（千人）
	最良推定値	最小推定値	最大推定値					
カリブ諸国	6.2	5.4	7.2	14 248	71	20	31	2 341
東アジア	13	9.2	18	227 528	21	2.1	36	179 946
東欧･中央アジア	20	17	22.4	169 870	60	6.8	42	8 245
ラテンアメリカ	29	26	32	101 272	50	17	70	312
中東･北アフリカ	7.3	6.4	8.3	26 636	19	4.8	57	974
北米	1	0.9	1.2	9 056	76	8.3	データなし	データなし
オセアニア	2.2	1.4	3.2	6 432	33	8.7	67	2 182
南アジア･東南アジア	164	140	190	882 810	30	7.1	58	448 468
サハラ以南のアフリカ	874	800	951	1 005 082	69	46	46	2 798 326
西欧･中欧	2.7	2.4	2.9	25.436	30	3.5	81	928
合計	1 100	1 000	1 200	2 468 370	40	23	48	3 441 722

出典: *Global tuberculosis report 2012.* Geneva, World Health Organization, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/en).

48%

抗HIV治療を受けている人々

2011年、結核とHIVに感染している人々のうち、抗HIV治療を受けているのは半分以下である。

2011 年、世界で HIV 陽性と診断された結核患者のうち、抗 HIV 治療を受けているのは半分以下（48%）である（**表 5.1**）。サハラ以南のアフリカでは、HIV と結核の重複感染者の 46%しか HIV 治療を開始していない。HIV 感染と結核感染の高負担国である 41 ヵ国（この 41 ヵ国で世界の推定重複感染者数の 97%を占める（*3*））のうち、HIV 陽性と診断された結核患者の 75%以上が抗 HIV 治療を受けているのは、アンゴラ、ブラジル、カンボジア、ミャンマー、ルワンダ、スーダンの 6 ヵ国のみである（**表 5.2**）（*1*）。

効果的な治療や時には生存にとっても迅速な診断が必要とされるため、HIV 検査を受ける結核患者が増えているのは明るい兆候である。2010 年から 2011 年にかけて、HIV 検査を受ける結核患者は 33%から 40%に増加し、2011 年には 246 万人の結核患者が HIV 検査を受けた。

前出の HIV と結核の高負担国である 41 ヵ国では、2011 年に HIV 検査を受けた結核患者の割合が高かった（45%）。これは、世界の HIV 検査を受けた結核患者の約 90%を占めており、また、WHO のアフリカ地域では 69%に達した。検査の時期に遅れがある国は多いものの、2011 年、この 41 ヵ国の半数が結核患者の少なくとも 75%に HIV 検査を提供した。ミャンマーは HIV 陽性者の抗 HIV 治療には高いカバレージを報告しているが、結核患者の HIV 検査受検率が低いことは課題である（**表 5.2**）（*1*）。

HIV 陽性者のうち、2011 年に結核のスクリーニングを受けたのは 320 万人と報告されている。また、活動性結核ではない 46 万人の HIV 陽性者がイソニアジドによる予防療法を受けている。HIV 陽性者の結核のスクリーニング率は南アフリカでほぼ 2 倍に増え、結核の予防治療を受けている HIV 陽性者の数は 2010 年の 14 万 6,000 人から 2011 年には 37 万 3,000 人と 3 倍に増加した（*1*）。

近年の成果は前向きなものであるが、HIV 患者と結核の連動した流行への対策を強化するにはさらなる取り組みが求められる。結核患者すべてに HIV 検査を実施することは、自身の HIV 感染を知らない人々にとっての治療につながる重要な出発点となる。同様に、HIV と結核に対して、3 つの「I」（Intensified TB case-finding（結核症例発見の強化）、Isoniazid preventive therapy（イソニアジド予防療法）、Infection control for TB（結核の感染管理）（*3*））の規模を拡大することと、早い段階で抗 HIV 治療を開始することは、HIV 陽性者の結核感染を予防し、その負担を軽減するためには不可欠である。HIV ケアを受けるすべての陽性者が結核のスクリーニングを受け、活動性結核ではない HIV 陽性者はイソニアジド予防療法を受けるべきである。また、CD4 値にかかわらず、HIV と結核の重複感染者すべてに抗 HIV 治療を提供すべきである。すべての HIV ケア施設は結核感染を防ぐための適切な結核感染管理の対策を保証し、利用者と医療従事者に安全な環境を保証するべきである。統一された指標（*4,5*）と世界的に推奨されている患者モニタリングシステムを用いて、関係者による症例の報告と、HIV と結核の連携対策の進捗を追求する努力を強化しなければならない（*6*）。

表 5.2

抗HIV治療を開始している結核とHIVの重複感染者および結核感染が判明しHIV検査を受けた人々の割合
（データが入手可能な41のHIVと結核の高負担国）

HIVと結核の感染が明らかで、抗HIV治療を開始した人数の割合

<25%

Central African Republic
Democratic Republic of the Congo
Haiti

25–50%

Botswana
Burundi
China
Congo
Côte d'Ivoire
Ethiopia
Ghana
Indonesia
Lesotho
Mozambique
Nigeria
Sierra Leone
South Africa
Uganda
Ukraine
United Republic of Tanzania
Viet Nam

51–75%

India
Kenya
Malawi
Mali
Namibia
Swaziland
Thailand
Zambia
Zimbabwe

76–100%

Angola
Brazil
Cambodia
Myanmar
Rwanda
Sudan

結核感染が判明し、HIV検査を受けた人数の割合

<25%

Angola
China
Congo
Indonesia
Myanmar
Sudan

25–50%

Central African Republic
Chad
Democratic Republic of the Congo
Djibouti
Ethiopia
India
Mali

51–75%

Brazil
Burundi
Haiti
Thailand
Ukraine
Viet Nam

76–100%

Botswana
Burkina Faso
Cambodia
Cameroon
Côte d'Ivoire
Ghana
Kenya
Lesotho
Malawi
Mozambique
Namibia
Nigeria
Russian Federation
Rwanda
Sierra Leone
South Africa
Swaziland
Togo
Uganda
United Republic of Tanzania
Zambia
Zimbabwe

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

6 RESOURCES AND SPENDING

資源と支出

2011 年の HIV 対策への支出は前年に比べて 11％増加し、世界的なエイズ対策資源のギャップを埋めるための努力に明るい兆しが見えた。特に注目に値するのは、低・中所得国における HIV 対策への支出が 15% 増加したことである。さらに、自国資金が HIV 対策への支出の多くを占めたのは同年が初めてである。しかし、2011 年の世界全体の HIV 対策への資金拠出は 168 億ドルであり、2015 年に年間 220 億ドルから 240 億ドルを HIV 対策に支出するという世界目標にはまだ遠い。

HIV 対策への支出の追跡調査

2012 年、127 ヵ国（低・中所得国 112 ヵ国を含む）が HIV 対策への支出を報告した（**表 6.1**）。東アジア、中米・南米、東欧・中央アジアの報告率が最も高く、80％の国々が支出に関するデータを報告した。

各国の資金についての報告の包括性はさまざまである。127 ヵ国のうち、11 ヵ国は HIV 対策への総支出のみ報告し、支出をカテゴリー別には区別できていない。低・中所得国 81 ヵ国は 2012 年、（2010 年の報告と同様に）抗 HIV 治療に使った支出を報告している。また、79 ヵ国は子どもの新規感染をゼロにするためのサービスへの支出データを報告している（この報告率は 6％上昇した）。

低・中所得国が HIV プログラムに使える資源

低・中所得国が世界的な HIV 対策への支出増加を後押ししている。国際社会の資金は世界経済の低迷により頭打ちになっているが、自国資金は増え続けている。低・中所得国における HIV 対策への公共および民間の自国資金は、2005 年の 39 億ドルから 2011 年には約 86 億ドルに増加した（**図 6.1**）。自国資金のこのような増加は、HIV プログラムに新たな資金が提供されるだけでなく、各国のエイズ対策への当事者としての責任意識の増大を明確に示すものである。

表 6.1

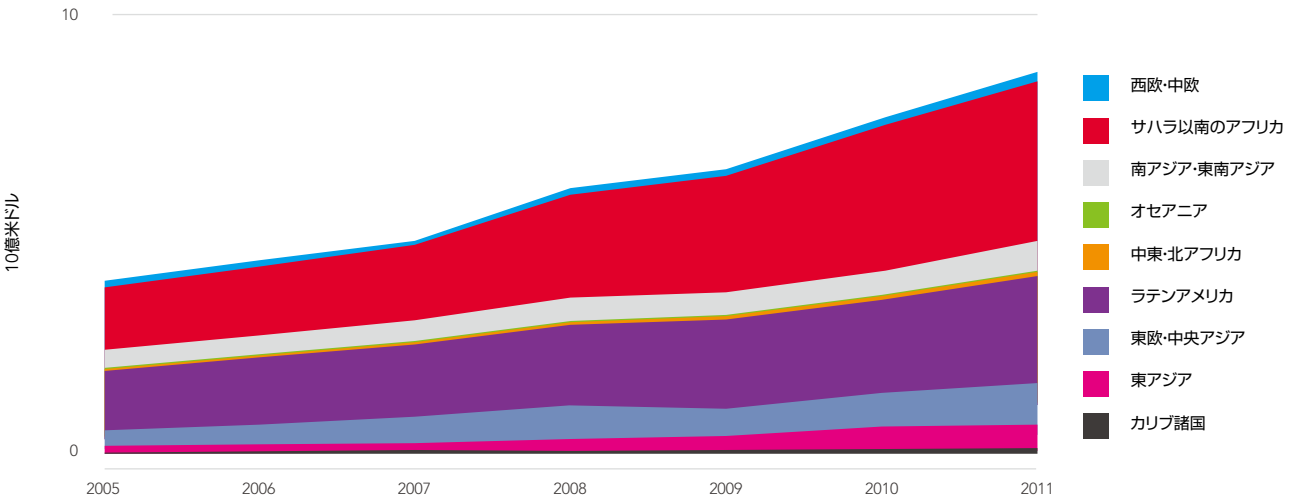
エイズ対策への支出についての報告状況(2012年)

	国数	報告のあった国	報告のない国	回答率
東欧・中央アジア	12	10	2	83%
中米・南米	19	17	2	89%
南アジア・東南アジア	19	15	4	79%
サハラ以南のアフリカ	46	35	11	76%
カリブ諸国	13	9	4	69%
オセアニア	14	11	3	79%
中東・北アフリカ	20	14	6	70%
東アジア	5	5	0	100%
西欧・中欧	42	11	31	26%
北米	2	0	2	0%
合計	192	127	65	66%

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

図 6.1

HIV対策に利用可能な国内の公共・民間による財源(低・中所得国の名目値)(2005〜2011年)



出典: UNAIDS estimates.

誰がエイズ対策の費用を負担するのか？

自国資金が重要さを増しているが、特に低・中所得国においてドナーの貢献がエイズ対策の資金調達に決定的な役割を果たしていることに変わりはない（**図 6.2**）。

多くの中所得国は、自国の HIV 対策への資金調達においてますます大きな役割を果たしてきた。例えば南アフリカは、2006 年から 2009 年の間に HIV 対策の支出に対する自国の資金が 5 倍になった。ボツワナでは 2006 年から 2011 年の間に 2 倍以上になっている。しかしながら、高位中所得国の多くは自国のエイズ対策に対する責任を十分に引き受けておらず、これらの国の半分が、よりリスクの高い、鍵となる人口集団への HIV プログラムへの資金の 50%以上を外部のドナーに依存している。

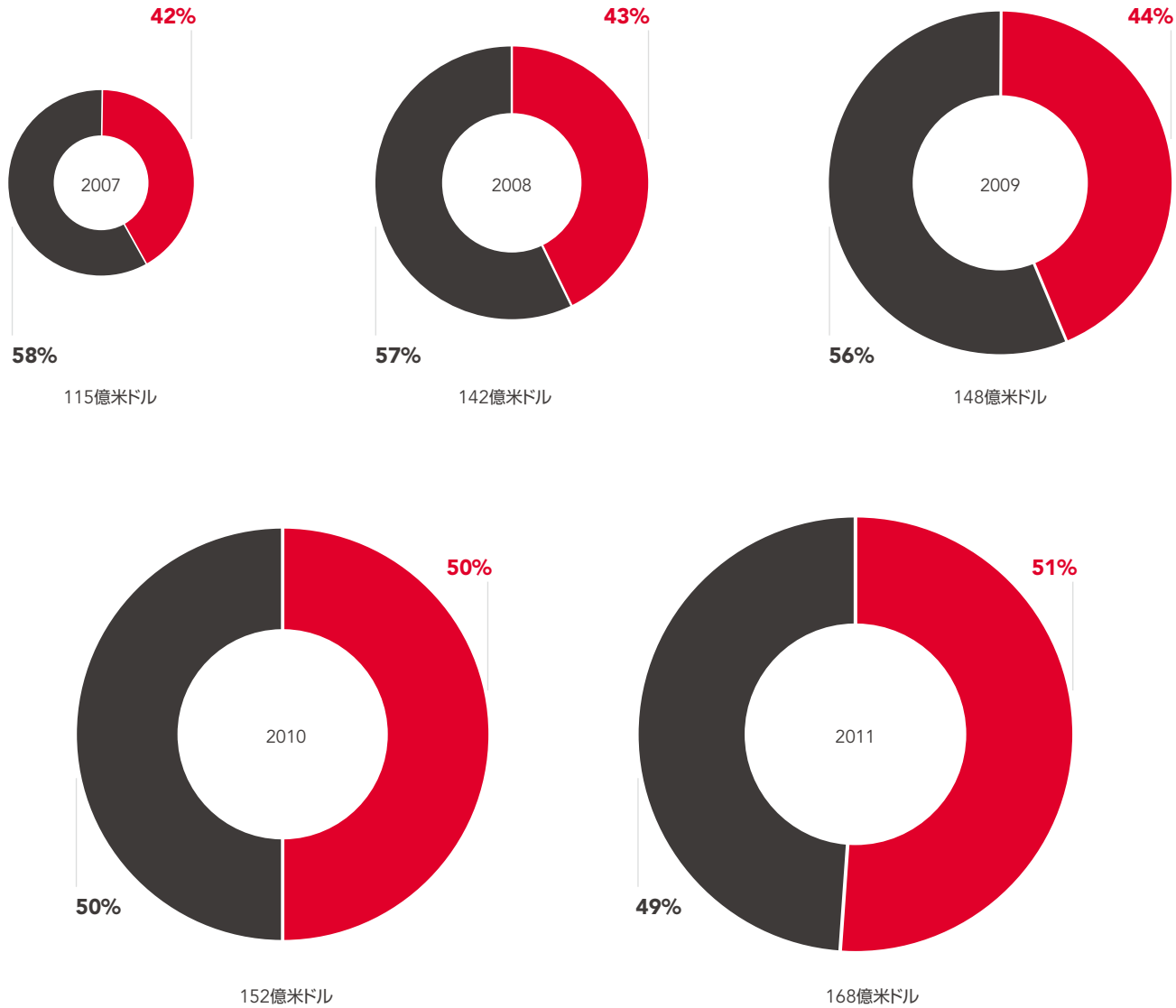
ザンビアの 2012 年の国内保健予算は 2011 年に比べて 45%増えたが、アブジャ宣言で合意された国家予算の 15%を保健予算に割り当てるという目標値には達していない *(1)*。

HIV に対する資金の自国投資に重要な歩みを踏み出してきた低所得国もある。ケニアは HIV の自国資金を 2008 年から 2010 年の間に 2 倍にした。トーゴも自国資金が 2007 年から 2010 年の間に 2 倍になり、ルワンダも 2006 年から 2009 年に 2 倍になった。

HIV プログラムへの自国投資が増えてきたものの、多くの国がまだ国際社会の支援に大きく依存している。概して、2006 年から 2011 年に報告を行った 107 の低・中所得国の HIV 対策費 94 億ドルのうち 36%は国際社会からの資金である。これらの国のうち、82 ヵ国が HIV 対策費の 25%以上を国際社会からの支援で賄っており、そのうちの 61 ヵ国ではその割合が半分を超え、さらにそのうち 38 ヵ国ではその割合は 75%以上である。2009 年から 2011 年の間の国際社会からの資金に関するデータがあるサハラ以南のアフリカ 33 ヵ国のうち、HIV 対策費の半分以上を国際社会からの支援で賄っているのは 26 ヵ国であり、そのうち 19 ヵ国ではその割合は 75%以上である（**表 6.2**）。

図 6.2

HIV対策への利用可能な財源
(低･中所得国の名目値)(2007～2011年)



出典: UNAIDS estimates.

表 6.2

国際社会からのHIV対策への資金の割合（報告のあった低･中所得国）（最新年）[a]

≧ 75%

Afghanistan 2011
Bangladesh 2011
Bolivia (Plurinational State of) 2011
Burkina Faso 2010
Burundi 2010
Cambodia 2009
Cape Verde 2011
Central African Republic 2011
Côte d'Ivoire 2009
Democratic Republic of the Congo 2010
Djibouti 2011
Fiji 2011
Ghana 2010
Guinea 2011
Guinea-Bissau 2010
Haiti 2011
Kenya 2010
Kiribati 2011
Lao People's Democratic Republic 2011
Liberia 2011
Malawi 2011
Mali 2010
Micronesia (Federated States of) 2011
Myanmar 2011
Nepal 2009
Niger 2011
Papua New Guinea 2010
Rwanda 2009
Sao Tome and Príncipe 2011
Sierra Leone 2009
Solomon Islands 2011
Sudan 2009
Tajikistan 2011
Tunisia 2011
Tuvalu 2011
Vanuatu 2011
Viet Nam 2010
Zimbabwe 2011

50–74%

Armenia 2011
Belarus 2011
Belize 2010
Benin 2010
Cameroon 2010
Chad 2011
Congo 2010
Georgia 2011
Indonesia 2010
Jamaica 2010
Kyrgyzstan 2011
Madagascar 2011
Mongolia 2011
Nicaragua 2010
Nigeria 2010
Pakistan 2010
Palau 2011
Republic of Moldova 2011
Saint Vincent and the Grenadines 2011
Suriname 2011
Swaziland 2009
Togo 2010
Yemen 2011

25–49%

Angola 2011
Antigua and Barbuda 2011
Azerbaijan 2011
Bulgaria 2011
Gabon 2011
Grenada 2011
Guatemala 2010
Honduras 2010
Jordan 2011
Lebanon 2011
Marshall Islands 2011
Mauritius 2010
Morocco 2011
Namibia 2010
Peru 2010
Philippines 2011
Samoa 2011
Sri Lanka 2010
The former Yugoslav Republic of Macedonia 2010
Ukraine 2010
Uzbekistan 2011

<25%

Algeria 2011
Argentina 2009
Botswana 2011
Brazil 2010
Chile 2010
China 2011
Colombia 2011
Costa Rica 2010
Cuba 2011
Democratic People's Republic of Korea 2011
Ecuador 2010
El Salvador 2010
Iran (Islamic Republic of) 2009
Kazakhstan 2011
Latvia 2011
Lithuania 2011
Malaysia 2011
Mexico 2009
Panama 2010
Romania 2011
Seychelles 2011
South Africa 2009
Syrian Arab Republic 2011
Thailand 2011
Venezuela (Bolivarian Republic of) 2011

[a] This table lists only countries that reported international contributions for 2009–2011. These figures exclude private funding for HIV, for which data is only available in a handful of countries.

出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

自国資金の増加により、エイズ対策への資源のギャップは小さくなってきたものの、エイズの世界目標を達成するには、強固で確実な国際ドナーによる支援が依然として不可欠である。これはとくに低所得国で顕著であり、これらの国々は今後しばらく国際ドナーに依存すると思われる。国際的な資金はHIV陽性率が高い低所得国にとって重要である。このような国々は国際的な支援が将来削減されることで生じる資源のギャップを埋める能力に限界があるからである。HIV陽性率が高い低所得国には、中央アフリカ共和国、ケニア、マラウイ、モザンビーク、ウガンダ、ジンバブエが含まれる。

限られた資源の戦略的な利用を最大化する

投資アプローチ[1]は、より広い開発セクターとの相乗効果をうまく促す対策と取り組みに重要な促進要因である6つの基本的なプログラム活動[2]に支出を配分することにより、限られたエイズ対策の資源を最も戦略的に使うことを目指している。人々を中心に据えた基本的なプログラム活動への支出を詳細に報告した100ヵ国の支出データは、2015年までにHIV対策により効果的な投資をするため、子どもの新たな感染をなくすサービスと、よりリスクの高い、鍵となる人口集団への予防プログラムへの資金提供をさらに進める必要性を示している（**図6.3**）。2015年までにすべての分野で投資を増やすべきことは明白であり、特に予防プログラムは資金が不足している。釣り合いのとれた支出を実現するために、子どものHIV感染予防プログラムに2.9倍、男性の自主的な医療的割礼プログラムに3倍、よりリスクの高い、鍵となる人口集団へのプログラムに4倍の資金増額がそれぞれ求められる。

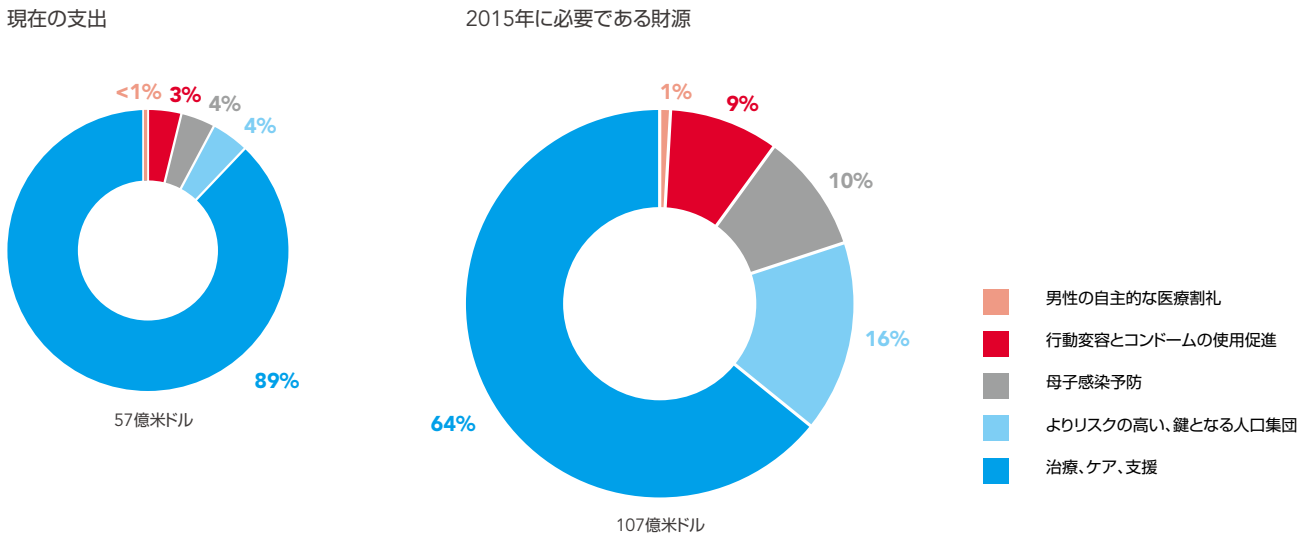
2012年、UNAIDSは少なくとも49ヵ国と共同して、より効果的で効率の良いHIVプログラムの実施を目的として各国の支出の優先順位を査定している。

「投資した資金に見合う価値」を高めるために重要な戦略は、流行が最も深刻な地域の限られた資源に焦点を当て、最もニーズが高い人口集団に注意を向けることにより、影響と費用効果を最大化することである。支出のパターンは流行のタイプによって地域や国で異なる。場合によっては、より戦略的な投資として、一般人口に対する予防プログラムの支出割合を増やすこともある。

[1] In 2012, UNAIDS set forth a new Investment Tool for a more strategic and effective AIDS response. Countries are advised to tailor this approach to national conditions *(2)*.
[2] Under the Investment Tool, basic programmatic activities include programmes for key populations at higher risk; eliminating new infections among children; behaviour change programmes; promoting and distributing condoms; treatment, care and support for people living with HIV; and voluntary medical male circumcision in countries with a high prevalence of HIV infection and low rates of circumcision.

図 6.3

人々を中心に据えた基本的なプログラム活動に対する釣り合いのとれた支出（低･中所得国100ヵ国）（投資ツールによる現在対2015年予測）

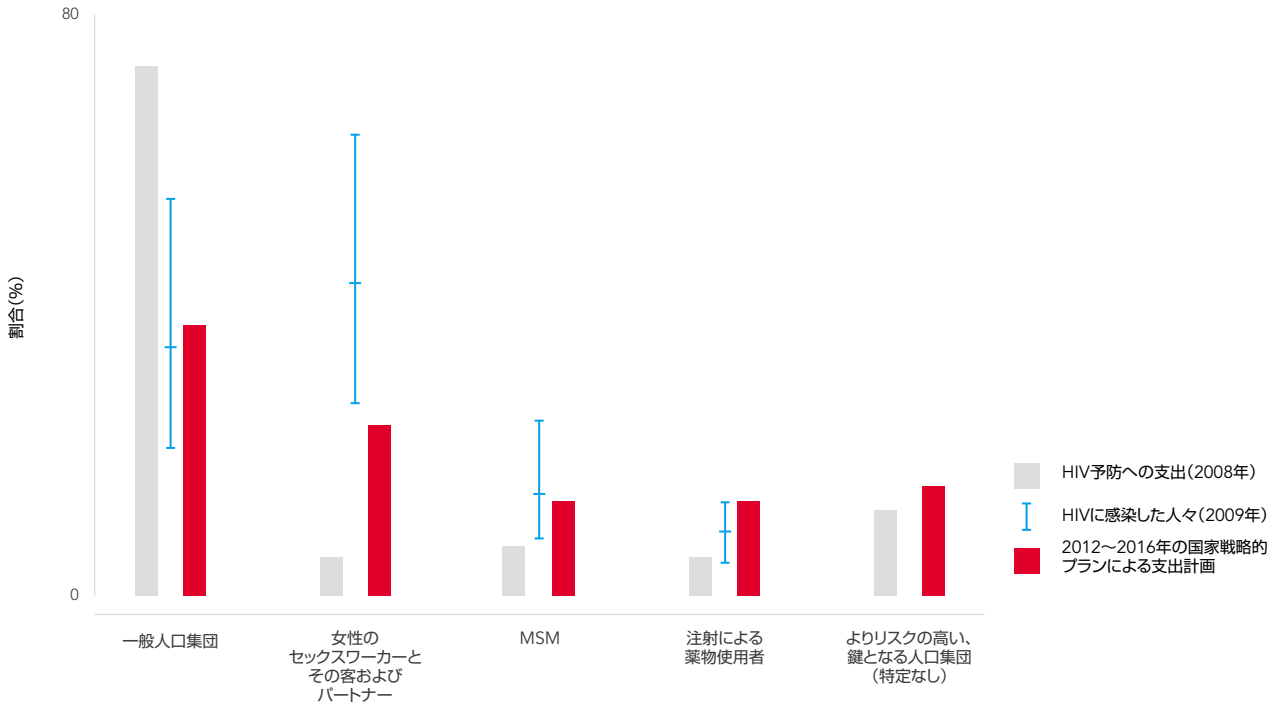


出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr) and Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. Lancet, 2011, 377:2031–2041.

新規 HIV 感染者数のうち最多の割合を占める、鍵となる人口集団に集中すべき国々もある。モロッコは戦略的な情報を用いて資源の配分を最適化してきた。感染経路別の新規 HIV 感染者の分布を現在の支出パターンと比較し、将来の予防計画に生かした（**図 6.4**）。感染経路の分析によれば、モロッコの HIV の流行の主な要因は、予防していない商業的セックス、男性同士のセックス、血液の付いた薬物注射器具の共用であった。支出のパターンとの比較により、2008 年の HIV 予防支出は、新規 HIV 感染者の分布と一致していないことが判明した。これにより将来の予防介入の資源ニーズに対する見積もりは見直された。2012 ～ 2016 年のモロッコの戦略的プランは、エイズ対策費の 63% をよりリスクの高い、鍵となる人口集団向けの予防に充てるものになっている。これは 2008 年の支出査定額と比較するとほぼ 25% の増加である。

図 6.4

よりリスクの高い、鍵となる人口集団向けプログラムへの財源配分の見直し（モロッコ）



出典: *HIV modes of transmission in Morocco*. Rabat, Morocco Ministry of Health, National STI/HIV Programme, 2010.

資源のギャップを埋める：2015 年に向けた動き

世界のエイズ対策に年間 220 億〜 240 億ドルを調達するという目標を達成するために、あらゆる手段をとらなければならない。各国は HIV への支出を効果的な投資に絞ることを確実に行うべきである。また、革新的で持続可能なエイズ対策への資金源を開発するなどして自国資金をさらに増やす段取りを進めるべきである。生産性向上を実現し、抗 HIV 薬の費用をさらに下げ、サービスを統合し、サービスの提供を改善するなどの方法を通じて、エイズ対策支出費の効率を高める努力をすべきである。低・中所得国の経済成長は HIV に対する投資のための国庫の枠の拡大を助けるものであり、新興国を国際的なエイズ対策のドナーとして開拓するさらなる努力が必要とされている。責任の共有と世界的な連帯という文脈において、現在の国際的なドナーは、必要としている国々の資源のギャップを埋めるために関与し続けなければならない。投資アプローチを適用し、責任の共有という枠組みのなかで協働することによってのみ、2015 年の世界目標は達成可能になる。

7 GENDER AND THE HIV RESPONSE

ジェンダーとHIV対策

2011 年の HIV とエイズに関する政治宣言で、各国は、男女の不平等と女性への虐待および暴力をなくし、女性と女児の能力を高めて HIV から自身を守れるようにすることを誓った。この目標に対する前進を加速させるための努力は、HIV の流行にジェンダーの視点から取り組むイニシアチブの資金不足や、女性への暴力の存続により妨げられている。しかし、さまざまな状況におけるこれまでの経験は名案と指針を提供しており、男女の不平等をなくし、女性への暴力に立ち向かい、女性や女児を必要なサービスにつなぐという野心の実現可能性を証明している。

男女の不平等が HIV の流行を後押ししている

HIV はすべての地域で女性と女児に大きな影響を与え続けている。例えば、HIV の影響が最も深刻なサハラ以南のアフリカでは、HIV 陽性者の 58％を女性が占めており、また、女性にはケアの大きな負担もかかっている。

教育と雇用へのアクセスの不平等、暴力への恐怖または経験といった社会経済的および政治的に低い立場に置かれていることが、女性の HIV への生理学的脆弱性を高めている。男女間の社会・経済的な力のアンバランスとこれによってサービスへのアクセスが制限されることにより、多くの女性と女児は、セックスに関する交渉をしたり、コンドーム使用を要求したりすることを含めて、自身を HIV から守る手段をとることが難しい。

ジェンダー規範は、男性にリスクの高い行為を促したり、男性が性的健康のサービスを求めるのを妨げたり、HIV に関する知識不足の自認を阻止したりすることで、男性をも HIV に対して弱い立場に追いやる *(1)*。加えて、トランスジェンダーへのスティグマと差別は彼ら、彼女らを HIV に対して非常に脆弱にし、HIV サービスや安全な暮らしへのアクセスを妨げている。

サービスへの公平なアクセスを保証する

周産期の HIV 検査と予防サービスの利用可能性が拡大したことは、女性にとって HIV サービスへの出発点が得られるようになったとはいえ、HIV 陽性妊婦とその男性パートナーにとって HIV サービスへの総合的なアクセスは不十分なままである。2011 年、低・中所得国の HIV 陽性妊婦の 57％が抗 HIV 薬の予防投与を受けているものの、自分自身の健康のために抗 HIV 治療を必要としている妊婦で、命を救うこの治療を受けられているのは 30％に

過ぎない。

母子感染予防サービスへのジェンダー関連の障害について、UNAIDS が実施した参加型調査（*2*）では、男女の不平等による悪影響が強調されている。女性の調査参加者は、サービスへの著しい障害となるものとして、意思決定力の欠如、資源へのアクセスの欠如、暴力と遺棄されることへの恐怖、セックスに対する文化的態度、妊娠と HIV を挙げている。

母親である女性を除くと、女性と女児は HIV 予防と検査のサービスに対して同様の障害に直面している。女性は生涯を通じて、HIV に対する脆弱性を高めるような有害なジェンダー規範に直面する。さらには、彼女たちは HIV に感染したことをたびたび非難され、不道徳とみなされることでスティグマと差別に直面している（*3*）。

同様に、男らしさというジェンダー規範が、男性が支援を求めたり、健康でないことを認めたりすることを妨げている（*4*）。男性の HIV 検査受検率は常に女性より低く、治療にアクセスしたときの CD4 値も低く、治療へのアドヒアランスも低い。結果として男性の死亡率は女性より高い（*5*）。男性が女性に比べ、偏りがあるほどに抗 HIV 治療へのアクセスが少ないことは、アフリカ南部（*6*）全体と、ケニア（*7*）、マラウイ（*8*）、南アフリカ（*9*）、ザンビア（*10*）などの多くの国々で報告されている。

HIV 政策のなかで男女の不平等に取り組む

現在、ほとんどの国が自国のエイズ戦略のなかで女性に焦点を当てたイニシアチブを取り入れている（**図 7.1**）。しかし、各国の報告書には、自国のエイズの取り組みにおける「女性を含む」ことに対し、さまざまな解釈があることがわかっている。現在のアプローチはほんの部分的であり、権利に基づいたアプローチも不適切で、女性と女児の意味ある参画への集中も不十分である。自国の HIV 戦略のなかに女性を掲げている国は多いが、女性と女児のための特定の HIV 関連活動に、実際に予算を割いている国はそれほど多くはない。

2011 年（**図 7.2**）、女性用コンドームについてのプログラムを全国的な規模まで拡大した国はわずか 3 分の 1 であった。HIV および性と生殖の健康サービスの統合についても同様の割合であった。男性や男児を国レベルのエイズ対策に効果的に関与させている国は 10% のみである。女性差別撤廃条約は、女性の権利に関して説明責任を担える世界的に鍵となるメカニズムになっているものの、国別の報告において女性 HIV 陽性者を参画させている国はほとんどない。

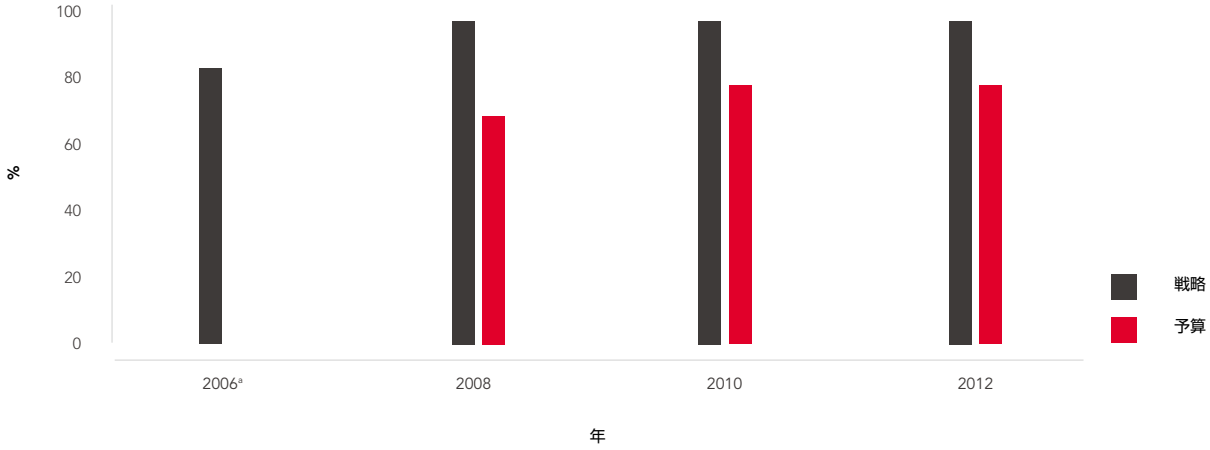
10%

男性や男児

自国のエイズ対策に男性や男児を効果的に関与させている国は10%のみである。

図 7.1

多分野にわたるHIV関連の戦略において「女性を含む」と報告している国および女性のための予算を報告している国の割合（UNAIDS最優先国）（2006～2012年）

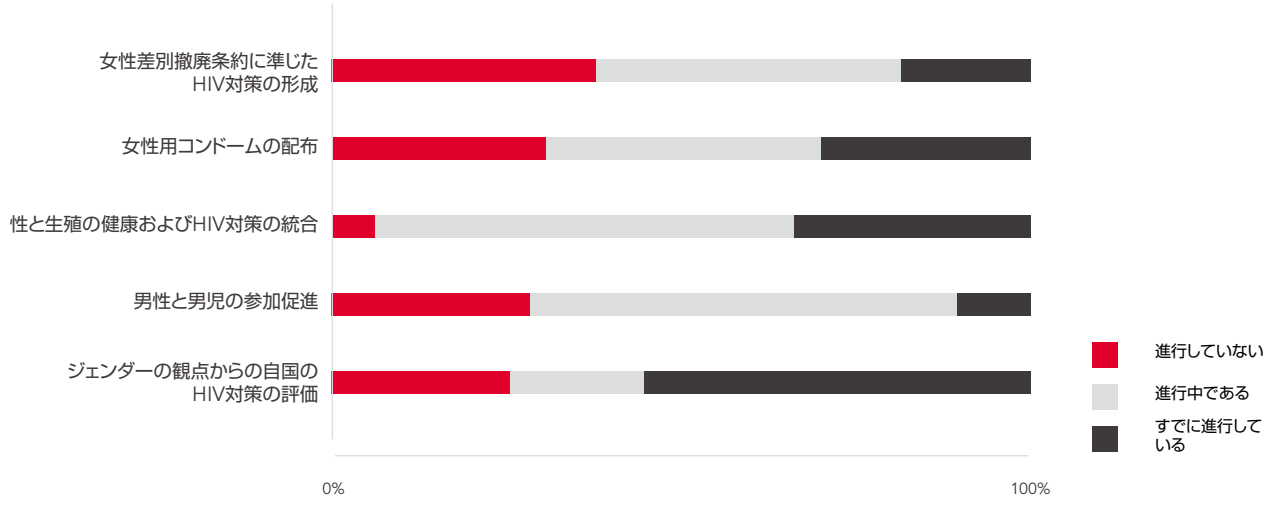


[a] No budget data are available for 2006.

出典: data from the NCPI 2006–2012 (www.unaids.org/ncpi) for 21 countries reporting consistently in all four reporting rounds in 2006–2012.

図 7.2

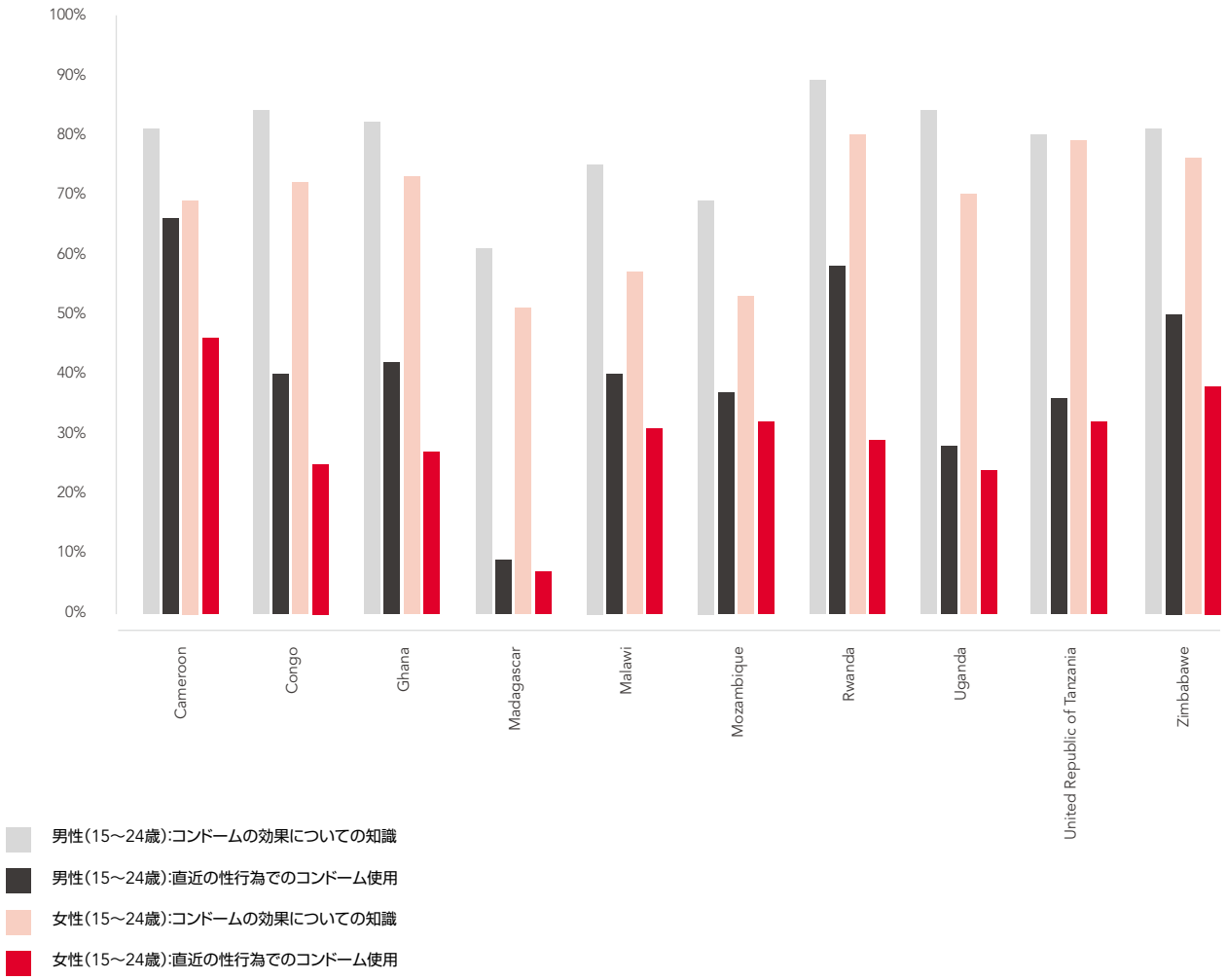
2011年UNAIDSジェンダースコアカードの回答からの選択指標（94ヵ国の進行レベル）



出典:: *Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women, Girls, Gender Equality and HIV.* Geneva, UNAIDS, 2011.

図 7.3

過去12ヵ月間に複数の性行為の相手がいた若い男女のコンドームについての知識とコンドーム使用（サハラ以南のアフリカの選択国）（最新の入手可能なデータ）



出典: Demographic and Health Surveys (www.measuredhs.com).

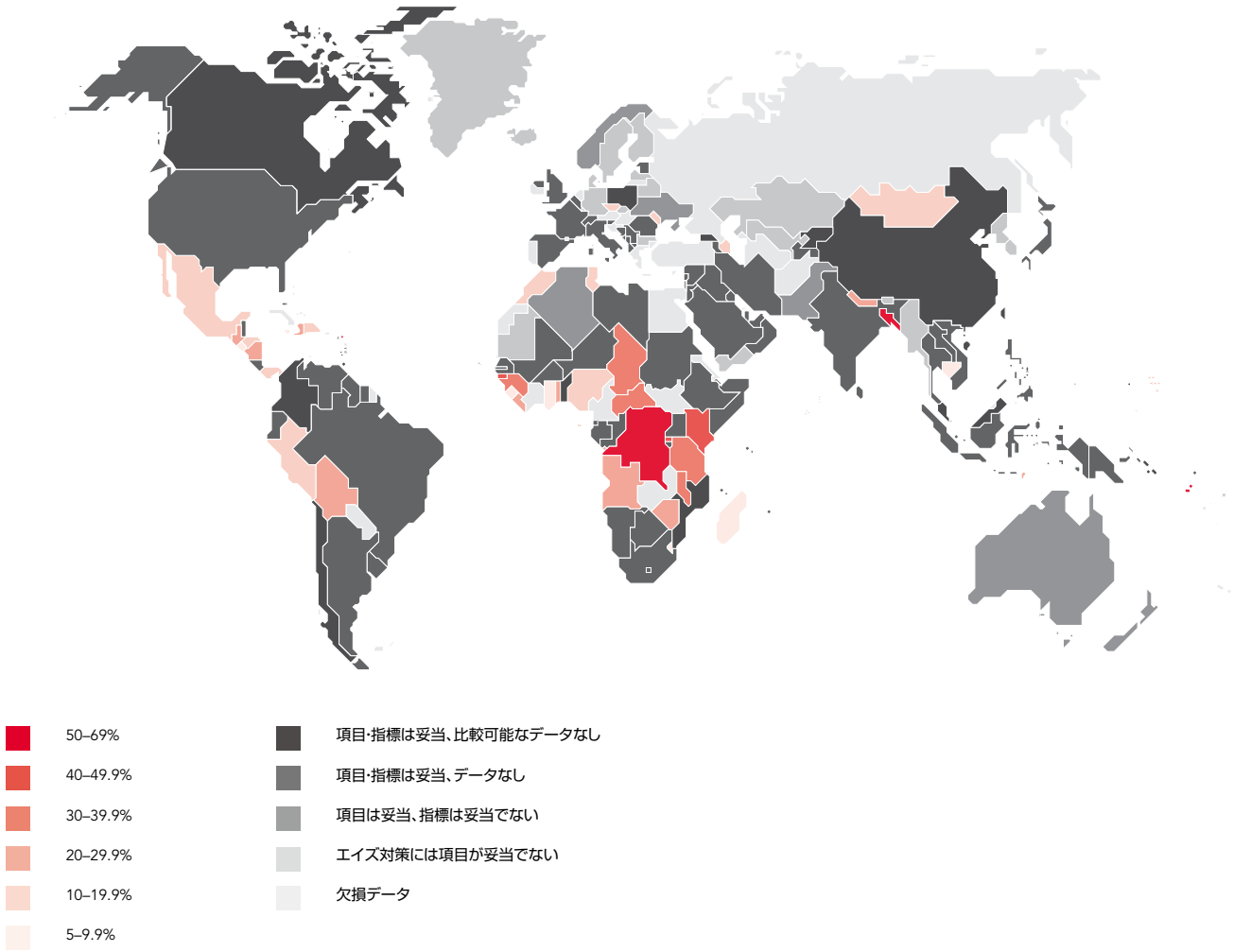
女性と女児のニーズと権利に取り組む適切な政策を実施できなければ、HIV の流行を食い止める対策は台無しになる。例えば、一貫して多くの国々では、若い女性は若い男性に比べてコンドームの予防効果を知らず、性行為時のコンドーム使用の報告も少ない（**図 7.3**）。

女性への性的、身体的、精神的虐待は男女の不平等が最悪のかたちで表出したものである。女性への暴力は世界的な現象であり、過去 12 ヵ月間に親密なパートナーから暴力を受けた女性の割合は、調査を行ったさまざまな国で 5%～ 69%となっている（**図 7.4**）。スワジランド（*11*）とタンザニア（*12*）では 13 ～ 24 歳の女性のほぼ 3 人に 1 人が、18 歳までに性的な暴力を少なくとも 1 回は経験したと報告されている。

女性の人権を侵害することに加えて、女性への暴力は HIV 感染の原因と影響になっている。暴力への恐怖は安全なセックスを交渉するために必要な能力を女性と女児から奪い、暴力を受けた経験はその後数年間の性的なリスク

図 7.4

過去12ヵ月間の親密なパートナーによる暴力の発生率
（データ報告のある国は数字を表示）（データ報告のない国は、指標などの妥当性を表記）

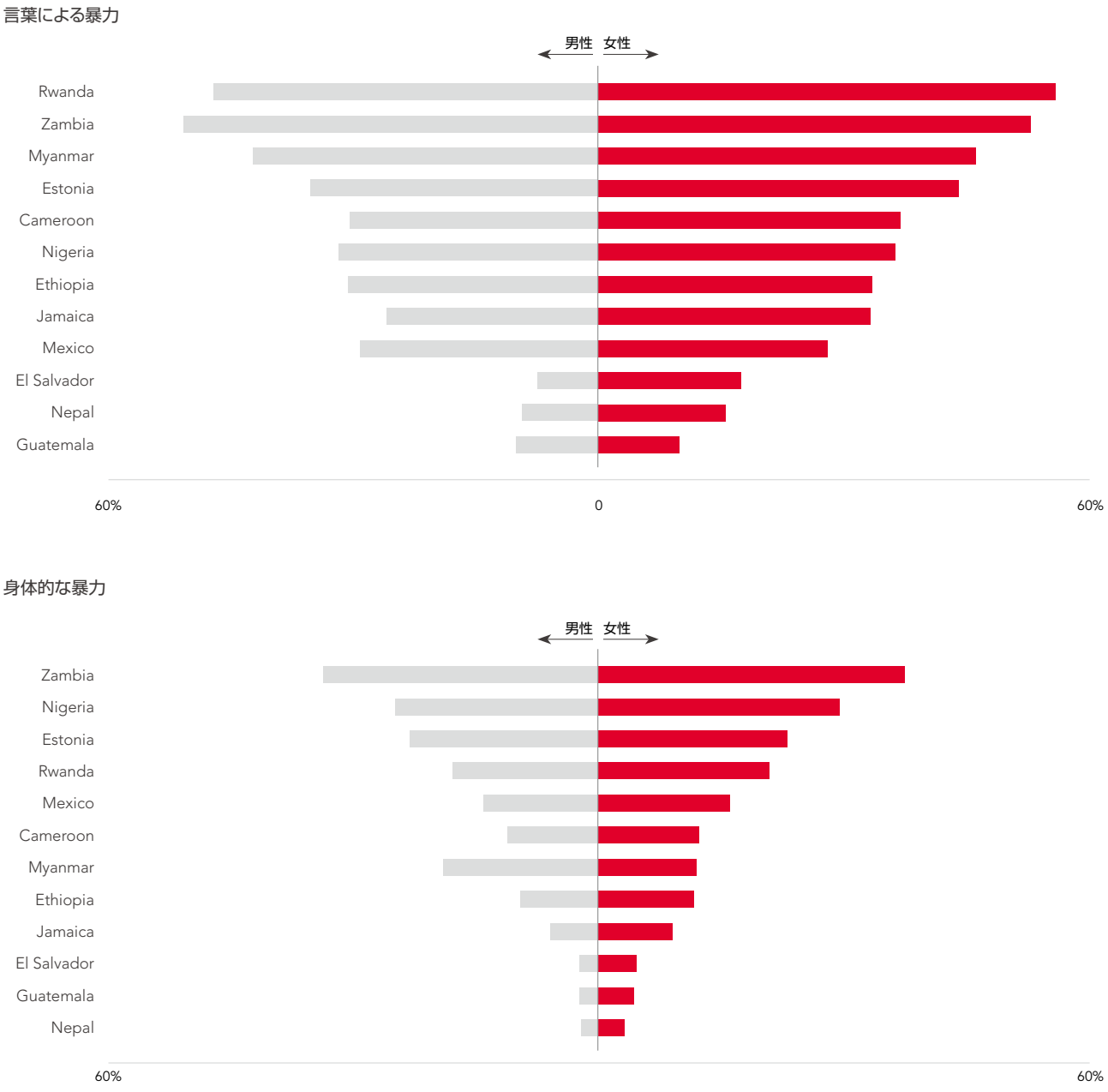


出典: 2012 country progress reports (www.unaids.org/cpr).

行為の増加と関連している（*13*）。HIV 陽性者のスティグマ指数を通じた調査によれば、女性 HIV 陽性者は、男性 HIV 陽性者に比べて言葉での虐待や身体的な暴力をより受けやすく、また恥ずかしさを感じたり、自殺を考えたりする度合いが高い（**図 7.5**）。

図 7.5

言葉および身体的な暴力を経験した女性HIV陽性者の割合（男女の内訳データが入手可能な国）



出典: surveys conducted using the People Living with HIV Stigma Index to be published at www.stigmaindex.org.

トランスジェンダーの HIV に関するニーズに取り組む

43%

トランスジェンダーに向けた対策

トランスジェンダーに向けた対策を自国のエイズ戦略に入れていると報告した国は43%だけであった。

世界中で推計 1500 万人のトランスジェンダー（*14*）が、偏りがあるほどの HIV 感染のリスクにさらされている。HIV 陽性率は 68% と高く（*14,15*）、ジェンダーに基づく暴力に対して非常に弱い立場におかれている。生まれたときに決められた性別と異なるジェンダーを体現していることで、トランスジェンダーは高い割合でスティグマと差別にさらされている。トランスジェンダーの脆弱性は情報、サービス、経済的な機会に適切にアクセスできないことで、さらに悪化する。結果として、トランスジェンダーは唯一の収入源および生きるすべとしてセックスワークに頼ることが多くなり、セックスワークに従事している割合は 44% にまで及んでいる（*16,17*）。

トランスジェンダーにおける HIV の流行が深刻であることがますます認識されており、トランスジェンダーのコミュニティのなかでも自身の権利擁護の運動を行う組織が増えているものの、エイズ対策においてトランスジェンダーに対する十分な取り組みが依然としてなされていない。予防プログラムのなかでトランスジェンダー特有の脆弱性に取り組んでいるものはほとんどない。結果として、トランスジェンダーはエイズ対策のなかでほとんど見えない存在になっている。2012 年、トランスジェンダーに向けた対策を自国のエイズ戦略に入れていると報告した国は 43% だけであった。40% の国が、トランスジェンダー向けのプログラムとサービスに対し、政府は 25% 未満の資金しか提供していないと報告している（*18,19*）。

証明された成功の上に：未来に向けて

男女の不平等がもたらす障害は深刻でたびたび困難を強いるが、社会的に作られたこれらの障害には、有害なジェンダー規範を変えるためによく設計されたイニシアチブによって影響を与えていくことが可能である。例えば、15 ～ 24 歳の女性の HIV 陽性率が同年代の男性の 2 倍となっているマラウイでは、女性 HIV 陽性者連合（Coalition of Women Living with HIV/AIDS）がエビデンスに基づいたアプローチを用いて、効果的なコミュニケーションにより、社会的に広まっているジェンダー規範に挑戦してきた。参加者がコンドームを持ち帰る率は高まり、女性への暴力が減り、同時に複数のパートナーを持つ男性の数も減った。より広いコミュニティの関与も HIV に関するスティグマや差別を軽減する。これらは、自己の HIV 感染を公表する人の数が増え、支援グループへの参加も増えることに反映されている（*20*）。

このような成功の上に立ち、各国は、男女平等と質の高いサービスへのアクセスに向けた欠くことのできない文化的変化を生み出すリーダーとして、女性 HIV 陽性者を含めて、多様な女性と女児に活力を与えるべきである。ジェンダーの視点を入れて取り組むプログラムへの適切な資金提供は、エイ

ズ対策に不可欠な要素である。また各国は、健全なジェンダー規範を促進するために、男性と男児を参加させるべきである。さらに、トランスジェンダーなど社会的に排除された人々を含め、助けが必要なすべての人々に届くことを保証できる HIV プログラムを適応させるべきである。統合された HIV および性と生殖の健康サービスへのアクセスを高めることとなる、女性への暴力と戦う努力も強化しなければならない。さらに、総じて女性の経済的なエンパワメントも、効果的な HIV 対策と幅広く持続可能な開発の重要な要素である。経済的なエンパワメントには、女性が財産と相続の権利を十分に享受できるよう保証する段取りをつけること、女性が通学できるようにするための条件付き現金給付や学校を基盤とした情報・支援へのアクセスといった他の有望な戦略を追求することなどが含まれている。

8 STIGMA, DISCRIMINATION AND THE LAW

スティグマ、差別、法律

HIV 感染が始まって以来、スティグマと差別、懲罰的なアプローチへの取り組みにおいて、多くのことが達成されてきたが、2015 年までに差別をなくすという目標を達成するにはさらなる努力が必要である。スティグマと差別をなくすためには、HIV の文脈においてすべての人々の人権を十分に保証する法律や政策が求められる。また、HIV 陽性者に力を与え、寛容と連帯、非差別の社会規範を作りだすプログラム対策も必要である。

HIV に関する恐怖や無知、差別は、虐待的な扱いや暴力という最悪なかたちも含め、人にとっての甚大な犠牲を強要し続けている。コミュニティのネガティブな態度や信念も、罪悪感、恥、疎外感など HIV 陽性者の自己に対するスティグマを増長することがある。HIV 陽性者のスティグマ指標[1]を通じて集められたデータによれば、ザンビアの HIV 陽性者の半分以上（52%）が、HIV 感染がわかったことにより言葉による虐待を受けたと報告されている（**表 8.1**）。また、ナイジェリアおよびエチオピアの HIV 陽性者の 5 人に 1 人が自殺を考えたことがあると報告されている。

スティグマと差別がはびこることはまた、欠かすことのできない HIV 予防や治療サービスを提供する努力を台無しにしてしまう。ナイジェリアでは HIV 陽性者の 5 人に 1 人以上（21%）が HIV 感染を理由に保健サービスの利用を拒否されたと報告している。国際労働機関（ILO）および世界 HIV 陽性者ネットワーク（GNP+）が 9 ヵ国で行った調査によれば、雇用主や同僚から差別的な態度を受けたという HIV 陽性者の割合は、エストニアでの 8% からマレーシアでの 54%にまで及ぶと報告されている *(1)*。

男性とセックスする男性、トランスジェンダー、薬物使用者、セックスワーカーなど、社会的にかなり排除され、場合によっては犯罪者として扱われているような人口集団は、その属性に対してのものだけでなく、HIV についてもさらに厳しいスティグマと差別に直面している（**図 8.1**）。2012 年 7 月、世界の保健、社会、法律、政治の指導者で構成された独立機関で、国連開発機関（UNDP）が主導する HIV と法律に関する世界委員会（Global Commission on HIV and the Law）は、犯罪化することと、HIV やその他に関するスティグマの強さ、HIV サービスへのアクセスとその継続利用の困難には深い関連があることを詳細に報告している *(2)*。

[1] The People Living with HIV Stigma Index is a qualitative research tool developed by and for people living with HIV. More than 40 countries have already reported data under the index, with surveys undertaken from 2008 to 2011. See www.stigmaindex.org. Sampling methods differ between countries, and caution should be taken in comparing results from different countries.

表 8.1

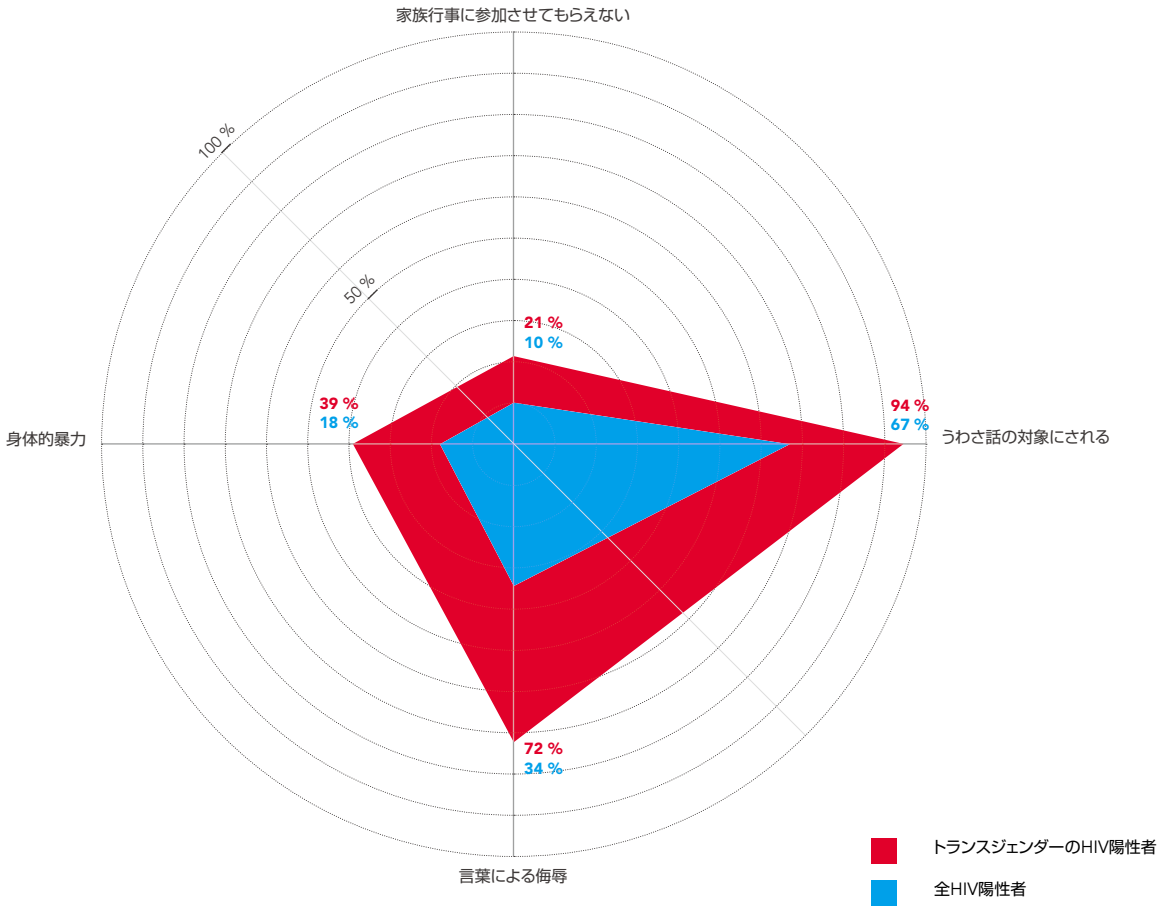
HIV陽性者のスティグマ指標を用いた調査の結果（選択国）（2008～2011年）

	家族やコミュニティでのスティグマの経験（%）		暴力を受けた経験（%）		職場でのスティグマや差別（%）		内面化されたスティグマ（%）		医療ケアへのアクセス（%）	
	家族行事に参加させてもらえない	うわさ話の対象にされる	言葉による侮辱	身体的暴力	雇用機会の拒否	失業または収入の喪失	羞恥を感じる	自殺を考える	歯科も含めた医療サービスでの診療拒否	性と生殖の健康サービスでの利用拒否
Argentina	12	57	34	18	13	21	28	14	16	5
Cameroon	13	51	35	12	7	23	35	5	13	5
El Salvador	10	48	31	7	8	19	…	17	8	4
Estonia	7	63	39	24	…	29	42	10	8	2
Ethiopia	26	69	32	11	24	42	46	20	7	6
Guatemala	4	19	10	3	3	18	42	14	6	6
Jamaica	10	55	30	8	…	17	…	…	6	…
Kenya	30	79	56	31	…	41	42	16	…	…
Mexico	10	67	34	18	5	23	36	18	14	2
Myanmar	15	45	18	10	15	…	81	25	10	20
Nepal	6	36	12	3	8	12	49	15	7	2
Nigeria	34	54	35	28	…	29	63	20	21	8
Rwanda	22	42	53	20	37	65	22	14	8	13
Ukraine	7	59	42	15	….	…	37	8	…	8
Zambia	28	75	52	24	…	37	37	14	8	10

出典: surveys conducted using the People Living with HIV Stigma Index to be published at www.stigmaindex.org.

図 8.1

トランスジェンダーのHIV陽性者が経験しているスティグマと差別のレベル（メキシコ）



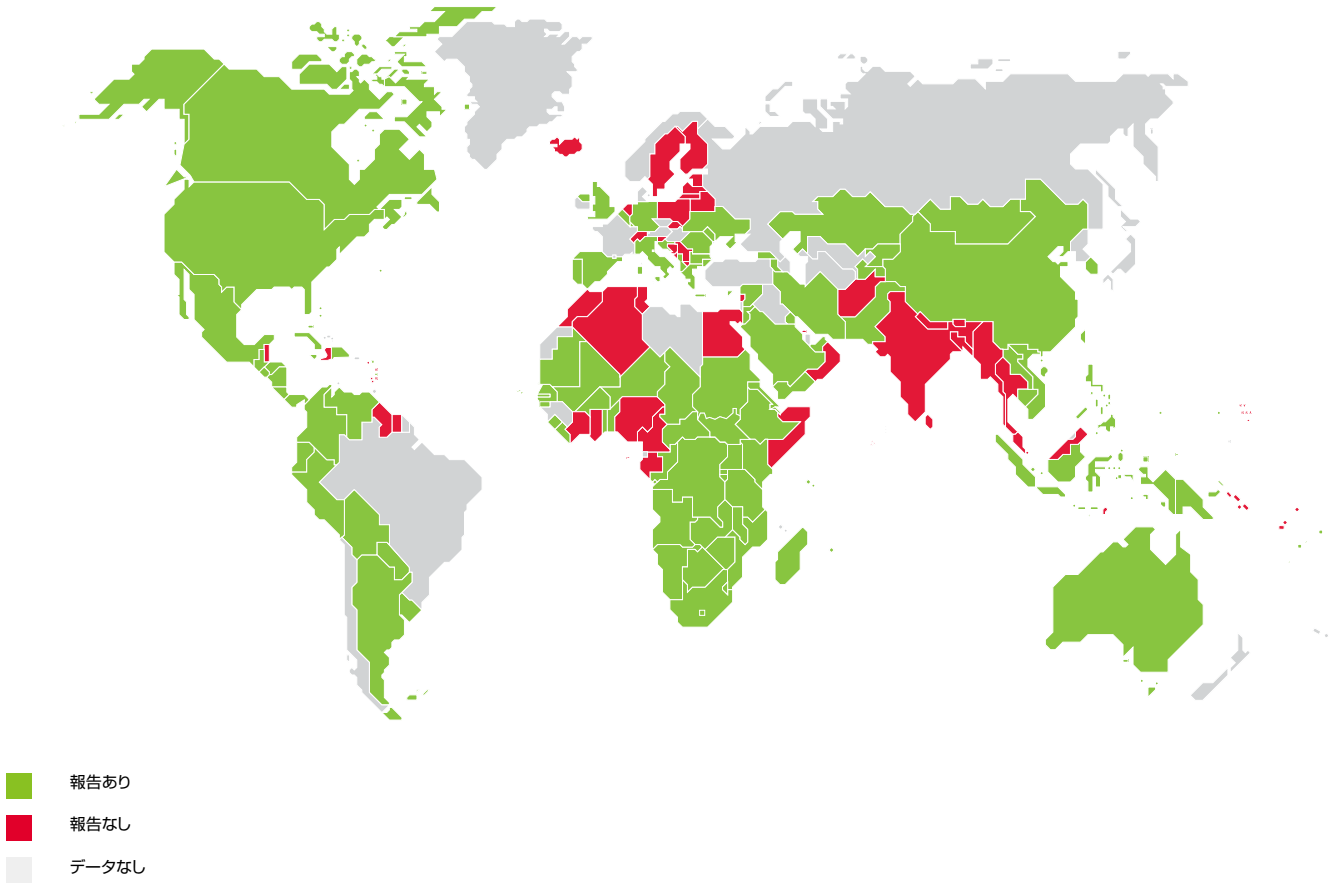
出典: data collected using the People Living with HIV Stigma Index in Mexico in 2011.

法律は HIV 陽性者を守ることができる

2012 年、61％の国が HIV 陽性者を擁護する反差別法があると報告している（**図 8.2**）*(3)*。HIV の流行が 1980 年代から 4 年代目を迎えるにもかかわらず、HIV に関連する差別の防止や取り組みを行う具体的な法規定を持たない国が 10 ヵ国のうち 4 ヵ国ほどもある。また、そのような法律があっても意味のある保護を提供しないことも多い。例えば、ウクライナでは HIV

図 8.2

HIV陽性者の擁護を明示する非差別法または条例について報告のある国（2012年）（非政府組織による情報）



出典:. 2012 NCPI country reporting, nongovernmental sources (www.unaids.org/ncpi).

に関する反差別法があるが、この法律を施行したり違反者を罰したりする規定が承認されていない。40 ヵ国以上で実施された HIV 陽性者のスティグマ指数の調査によれば、HIV に関連する差別を受けたことのある人々のほとんどは、どこにどのように法的救済を求めるのかを知らなかった。

HIV 陽性者の司法制度へのアクセスの拡大には、ある程度の成果が出てきた。HIV 関連の法的サービスがあると報告した国の割合は 2008 年には 45% だったが、2012 年には 55% に増加している。また、裁判官や判事に HIV と差別に関する教育をしてきたと報告した国の割合は 46% から 57% に増加した。2012 年、59% の国が HIV 関連の差別の判例を取り扱う仕組みがあると報告しているが、概してそのカバレージは低いままである *(3)*。

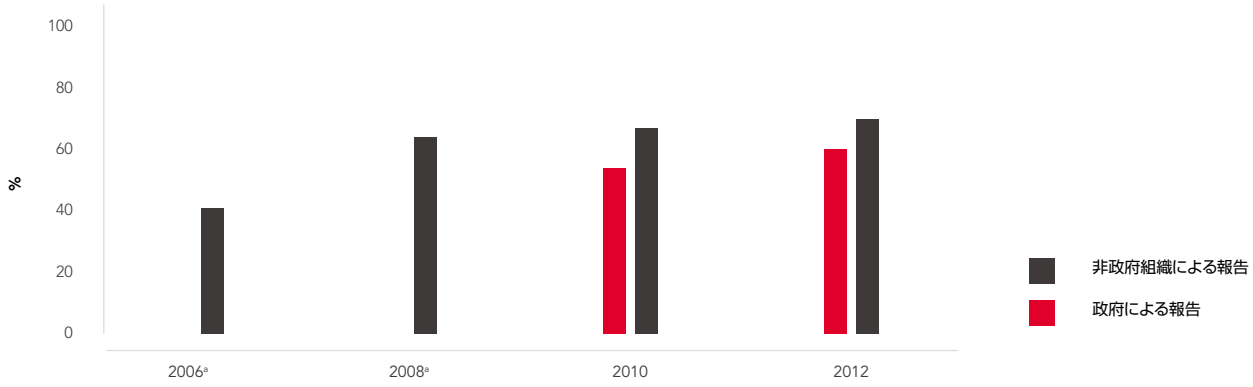
HIV 陽性者とよりリスクの高い、鍵となる人口集団を罰する法律

HIV 陽性者とよりリスクの高い、鍵となる人口集団を差別する法律の改正については、ほとんど前進がない。2012 年、70% の国の非営利組織の情報提供者と 60% の国の政府が、鍵となる人口集団と脆弱な集団への効果的な HIV 予防、治療、ケアと支援の障害となる法律や条例または政策の存在を報告している（**図 8.3**）。これらの数字は明らかに懸念材料ではあるが、このような法律の存在を認識するということが、これらを改正するための重要な第一歩になるとみることもできる。

2012 年、HIV 感染を明確に有罪とする法律を承認している国は約 60 ヵ国で、24 ヵ国で 600 件ほどの有罪判決が出たと報告されている *(2,4)*。2012 年のグローバル・レビューでは、国連加盟国の 40%（193 ヵ国のうち 78 ヵ

図 8.3

よりリスクの高い、鍵となる人口集団や脆弱な人口集団への効果的な HIV予防・治療・ケア・支援の障害となる法律、条例、政策があると報告した国の割合
（2006～2012年に継続して報告をしてきた82ヵ国）



[a] Governments were not asked this question in 2006 and 2008, and there are therefore no data for this.

出典: 2012 NCPI country reporting (www.unaids.org/ncpi).

国）が同性との性行為を犯罪としており、このような法律のもとで司法制度が有罪判決を下し、死刑を科すことを許す国もある（5）。同様に 2011 年のレビューでは（6）、薬物使用に関わる懲罰的な政策が、薬物使用者に命を救う HIV サービスを提供する努力を台無しにしていることがわかった。これには、薬物に依存する人々を犯罪者とすること、強制的な薬物使用者の拘留、あるいは注射器と注射針の交換プログラムやその他のハームリダクション対策の禁止などが含まれる。セックスワークの一部を非合法とみなす法律はほとんどの国にあり、これがセックスワーカーへの警察や客による嫌がらせ、恐喝、暴力を正当化している場合が多い。これらによりセックスワーカーの HIV 感染のリスクは大きくなる（7）。一方で、よりリスクの高い、鍵となる人口集団を合法化するために法律を改正した国々もある。例えば、ポルトガルは 2000 年、薬物の所持と使用を処罰の対象から外し、ニュージーランドは売春改革法 2003 を施行し、セックスワークを非犯罪化した。オーストラリア、インド、インドネシア、パプアニューギニア、タイなどでは、法的措置が HIV 予防と治療の障害にならないことを保障する実際的な措置を警察と取り決めた（8）。

HIV と法律に関する世界委員会はエビデンスに基づいた緊急の勧告を出し、各国政府が法的な枠組みを見直し、必要であれば、人権に基づいたエイズ対策を支援するために法律を撤廃したり、改正したりすることを求めた。また同委員会は、各国が HIV に関連した差別を禁止し、HIV 感染や感染の公表または非公表のどちらも明示的に犯罪化することをやめ、HIV に関して女性と子どもを守り、治療へのアクセスを保証するために法律を利用し、薬物使用者、セックスワーカー、男性とセックスする男性、トランスジェンダー、囚人、移民などよりリスクの高い、鍵となる人口集団や脆弱な集団に対する懲罰的で差別的な法律と政策を段階的に撤廃することを推奨している（2）。

特にスティグマは難民に影響を与えることが多く、間違った理解によって地元のコミュニティの HIV 関連のリスクを高めたとして非難されがちである。しかし実際には、難民は HIV 陽性率の低い地域から移動してくることが多い（9）。また、難民キャンプで提供される情報、モノ、サービスへのアクセスは、より安全なセックスに関する難民の知識や態度を改善することが経験によって証明されている（10）。スティグマと差別のもう一つの現れとして、亡命希望者に難民資格を与える際に HIV 検査を義務として受けるよう求められることもある。

60

有罪としている国々

2012年、約60ヵ国でHIV感染を有罪とする法律が存在している。

プログラムによりスティグマと差別に取り組む

スティグマと差別の解消に向けた前進を加速させるためには、特定のプログラムによる取り組みが求められる。2012年、81%の国が自国のエイズ対策の一部としてスティグマと差別を軽減するプログラムがあると報告している *(3)*。

これらの努力が結果を出しているという兆しがある。HIVに関連するスティグマと差別の事例が減少しているレソトでは、80%以上の人々がHIV陽性者のケアに関心を持ち、HIV陽性の教師を受け入れ、もちろんHIV陽性者の売主から生鮮青果を買うと回答している。2006年に同様の回答をした割合が50～55%であることを考えると大幅な増加である*(3)*。ハイチでは、コミュニティベースのスティグマ軽減キャンペーンによって、HIVと結核の検査にアクセスする人の数が大幅に増えた *(3)*。米国では医療保険制度改革法により、民間保険におけるHIV陽性者への差別的な待遇を禁じている *(3)*。

62%

世界基金の資金供与でスティグマと人権に取り組む活動を含めている割合はラウンド10では62%であり、ラウンド8の13%から上昇している。

世界の多くの地域では、HIV陽性者がHIVに関わるスティグマや差別と闘う先駆者である。インフォームド・コンセントなしに不妊手術を受けさせられた3人の女性が訴えを起こしたケースでは、ナミビアの高等裁判所が2012年7月、このような手術を行う場合、医療従事者はインフォームド・コンセントを得る必要があるとの判決を下した *(3)*。バヌアツのある女性HIV陽性者は、コミュニティや教会、その他の関係者のスティグマに満ちた認識に挑むために国中を回っている *(3)*。

スティグマと差別に取り組むプログラムの成果は上がっているものの、さらなる努力が必要である。世界基金の資金供与でスティグマと人権に取り組む活動を含めている割合は、ラウンド8の13%からラウンド10では62%と上昇している。しかしながら、このような活動は、しばしば活動計画、予算、実施の枠組みに統合されていない*(11)*。世界基金のレビューは2012年7月、「転帰に関して、人権を取り巻く環境にはわずかな進歩しかみられない」と結論づけている *(12)*。

2015 年に向けて

スティグマと差別、懲罰的な法律が消えないで残っている事実は、人権の分野においてエイズ対策を根付かせる非常に大きな取り組みが必要であることを示している。各国は、HIV に対する脆弱性に影響を与え、サービスへのアクセスを妨げる要因をさらに理解し、その問題に取り組んでいかなければならない。また、スティグマと差別を軽減する段階的な対策をとり、保護的な法律の施行と司法へのアクセスの改善に実際的に取り組むのと同様に法改正を行い、HIV 陽性者がスティグマと差別と闘える安全でかつ尊重された環境を保証することなども必要である。「陽性者の健康、尊厳、予防」に関する政策枠組みは、HIV 陽性者の声とリーダーシップ、健康をあらゆる効果的な HIV 対策の中心に据えるというアプローチのための骨組みを提供するものである *(13)*。

9 ELIMINATING RESTRICTIONS ON ENTRY, STAY AND RESIDENCE

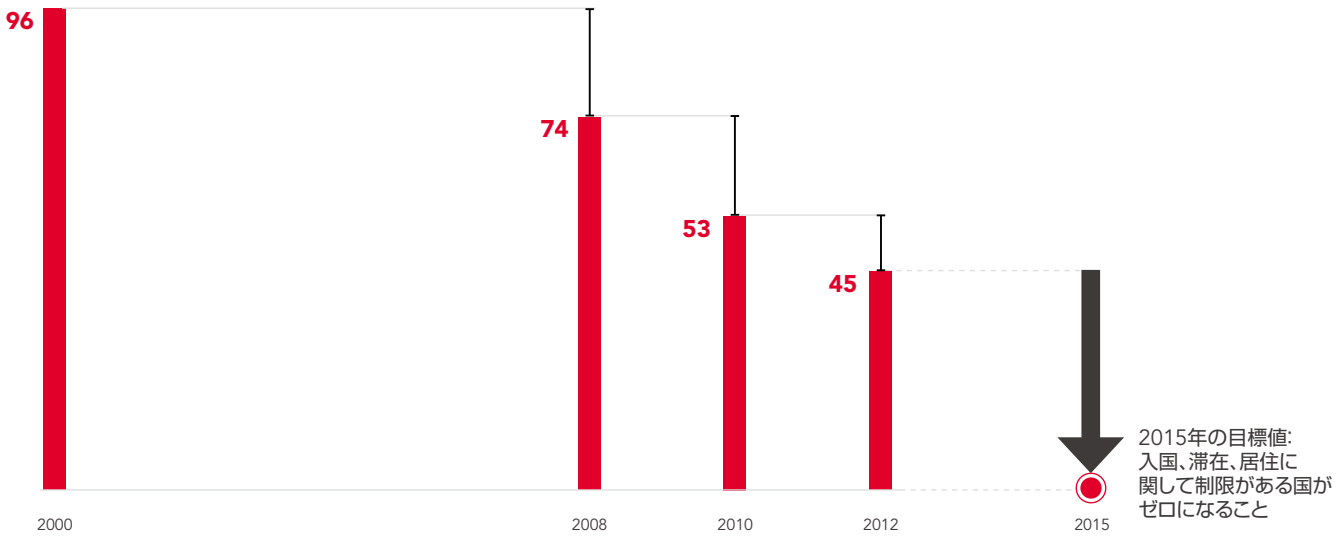
入国、滞在、居住に関する制限の撤廃

2015 年までに入国、滞在、居住に関する制限を撤廃するという目標を達成するために、各国はさらなる前進の加速が求められているが、各国政府がこのような HIV に関連する時代遅れでかつ差別的な制限の見直しを行っているという明るい兆しもある。

これらの制限のほとんどは、HIV 予防に関する理解がほとんどなく、効果的な HIV 治療が存在しない HIV 流行の初期に作られたものである。2012 年、HIV は世界のどの国にも存在している状況において、このような制限は意味をなさないこと、HIV 陽性者が長生きして生産的な人生を送っていること、移動の平等な自由は人権問題というだけでなく、グローバル社会には必要不可欠であるということについて、各国政府はますます認識を高めている。なお、HIV に関連する旅行制限がある国や地域の数は、2000 年には 96 ヵ国であったが、

図 9.1

HIV陽性者の入国、滞在、居住に関する制限がある国数（2000～2012年および2015年目標）



出典: for 2000: Weissner P, Haerry D. Entry and residency restrictions for people living with HIV. *International Task Team on HIV-related Travel Restrictions, First Meeting, 24–25 February 2008, Geneva, Switzerland* ; for 2008, 2010 and 2012: UNAIDS database on HIV-related restrictions on entry, stay and residence.

2012年には45ヵ国と減少している（**図9.1**）。

2010年以降、アルメニア、中国、フィジー、ナミビア、韓国、モルドバ、ウクライナ、米国がこのような制限を撤廃し、国の法律を国際的な規範に従うようにした。これらの制限を撤廃した国々は、費用や公衆衛生の面でマイナスの影響はないと報告している（*1*）。

入国、滞在、居住に関するHIV関連の制限の性質や厳しさはさまざまである。ブルネイ、オマーン、スーダン、アラブ首長国連邦、イエメンの5ヵ国はHIV陽性者の入国を全面的に禁止している。エジプト、イラク、カタール、シンガポール、タークス・カイコス諸島の5ヵ国では、10～90日の短期滞在をする人々にHIV陰性の証明を要求している。20ヵ国の法律ではHIV陽性が判明した外国人を強制退去させることとしている（**図9.2**）。このような制限が存在し続けるところでは、自国のHIV陽性者に対するものも含め、他の形式でのHIVに関するスティグマや差別が一般的に存在しがちである。

20
強制退去させている国々

20ヵ国の法律では、HIV陽性が判明した外国人を強制退去させることとしている。

入国、滞在、居住に関するHIV関連の制限はHIV陽性者とその家族に厳しい負担を強いるものである。このような制限は、グローバル経済と開発においてますます大きな役割を担っている移住労働者に最も深刻な影響を及ぼす。2005年から2010年の間に、国際的な移住者は1億9100万人から2億1400万人に増加した（*2*）。

移住労働者に対するHIV関連の制限による悪影響は、何百万人もの移住労働者の重要な就労先であるペルシア湾岸諸国で特に顕著にみられる。湾岸協力会議の加盟国6ヵ国（バーレーン、クウェート、オマーン、カタール、サウジアラビア、アラブ首長国連邦）では、就労目的で入国する人々にHIV検査を義務づけ、ビザの更新の際にも定期的なHIV検査を求めている。これらの国で働いている間にHIVに感染した人々は隔離されることが多く、その後、直ちに強制退去となり、適切な保健ケアを受けることなく本国に送還され、追放される。このような差別的な待遇により、精神的なトラウマやストレスが生まれ、収入と就労の機会も断たれることになる。移民のHIV陽性の結果は湾岸協力会議の医療センターで共有・公認され、湾岸協力会議の加盟国への入国には「永久に適さない」労働者として分類され、将来の機会も奪われる（*3*）。

長い時間を経て、入国、滞在、居住に関するHIVに関連した制限は差別的で科学的な根拠がないというだけでなく、ビジネスにおいても非生産的であることが明らかになってきた。「HIVに関連する制限は個人を傷つけるだけでなく、ビジネスにも悪影響を及ぼす」と国際的なアパレルメーカーであるリーバイ・ストラウス社の最高経営責任者、チップ・バーグ氏は述べている。また、「グローバルな業務渡航が欠かせない今日のような競争環境においては、必要な能力とスキルのある人材を必要とされるところへ送れるようにする必要がある」とも述べている。

2015 年に向けて

2015 年までに入国、滞在、居住に関する HIV に関連した制限を撤廃するために、より迅速な前進が必要である。国家連合や特別委員会は意思決定者を教育したり、これらの制限を撤廃する国家的アクションの基礎を作ったりするうえで役に立つことができる。官僚、とくに保健省の官僚は、このような制限がいかに公衆衛生上、不利益であり、かつ、今日の世界において不合理であるかを示す重要な役割を担っている。労働省も、移住労働者に対する差別的な慣習をなくすことを保証する役割を担っている。これらの制限が国際的なビジネスに及ぼす潜在的な損害がますます認識されていることから、民間企業はこれらの撤廃に対して力強い意見を持っている。このような制限の代わりに、十分な HIV の情報および HIV の予防と治療のサービスを、自国民か外国人かにかかわらず、入国と出国をするすべての人々に提供すべきである。

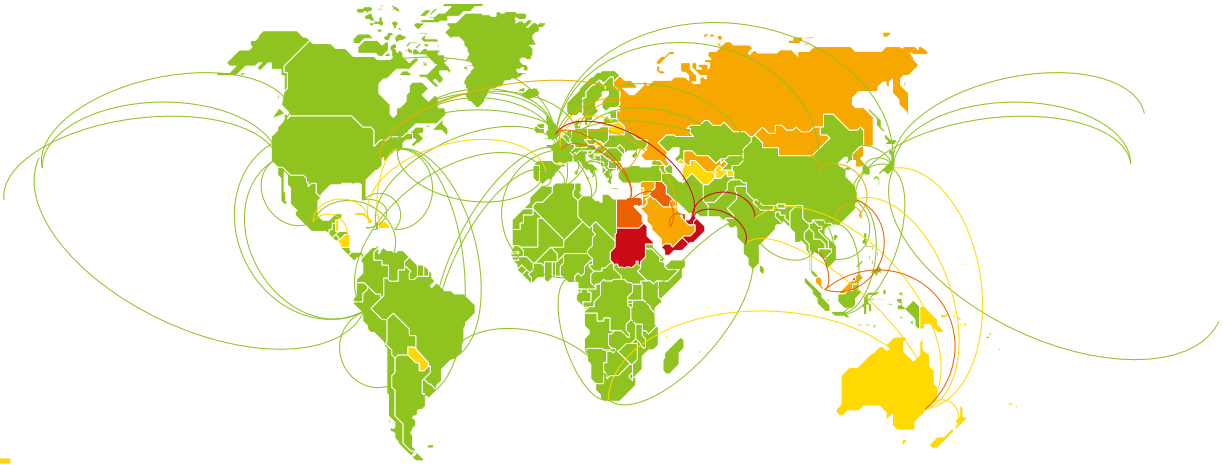
図 9.2

入国、滞在、居住に関してHIV関連の制限がある国(2012年)

132 入国、滞在、居住に関してHIV関連の制限がない国および地域

Albania
Antigua and Barbuda
Argentina
Armenia
Austria
Azerbaijan
Bangladesh
Barbados
Belgium
Benin
Bosnia and Herzegovina
Botswana
Brazil
Bulgaria
Burkina Faso
Burundi
Cambodia
Cameroon
Canada
Central African Republic
Chad
Chile
China
China, Hong Kong Special Administrative Region
Colombia
Congo
Costa Rica
Democratic Republic of the Congo
Côte d'Ivoire
Croatia
Czech Republic
Denmark
Djibouti
Dominica
Ecuador
El Salvador
Estonia
Ethiopia
Finland
Fiji
France
Gabon
Gambia
Georgia
Ghana
Greece
Grenada
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Guyana
Haiti
Holy See
Hungary
Iceland
India
Indonesia
Iran (Islamic Republic of)
Ireland
Italy
Jamaica
Japan
Kazakhstan
Kenya
Kosovo[a]
Kyrgyzstan
Lao People's Democratic Republic
Latvia
Lesotho
Liberia
Libya
Liechtenstein
Luxembourg
Madagascar
Malawi
Maldives
Mali
Malta
Mauritania
Mexico
Micronesia (Federated States of)
Monaco
Montenegro
Morocco
Mozambique
Myanmar
Namibia
Nepal
Netherlands
Nigeria
Norway
Pakistan
Panama
Peru
Philippines
Poland
Portugal
Republic of Korea
Republic of Moldova
Romania
Rwanda
San Marino
Senegal
Serbia
Sierra Leone
Slovenia
Somalia
South Africa
Spain
Sri Lanka
Saint Kitts and Nevis
Saint Lucia
Swaziland
Sweden
Switzerland
United Republic of Tanzania
Thailand
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Togo
Trinidad and Tobago
Tunisia
Turkey
Uganda
Ukraine
United Kingdom
United States of America
Uruguay
Vanuatu
Venezuela (Bolivarian Republic of)
Viet Nam
Zambia
Zimbabwe

[a] In accordance with United Nations Security Council resolution 1244 (1999).



45 HIV感染を理由にHIV陽性者の入国、滞在、居住に関するなんらかの制限を行っている国および地域

Andorra
Aruba
Australia
Bahrain
Belarus
Belize
Brunei Darussalam
China, Province of Taiwan
Comoros
Cuba
Cyprus
Democratic People's Republic of Korea
Dominican Republic
Egypt
Iraq
Israel
Jordan
Kuwait
Lebanon
Lithuania
Malaysia
Marshall Islands
Mauritius
Mongolia
New Zealand
Nicaragua
Oman
Papua New Guinea
Paraguay
Qatar
Russian Federation
Samoa
Saudi Arabia
Singapore
Slovakia
Solomon Islands
Sudan
Syrian Arab Republic
Tajikistan
Tonga
Turkmenistan
Turks and Caicos Islands
United Arab Emirates
Uzbekistan
Yemen

20 HIV感染の判明した人々を強制退去させる国

Bahrain
Brunei Darussalam
China, Province of Taiwan
Democratic People's Republic of Korea
Egypt
Iraq
Jordan
Kuwait
Malaysia
Mongolia
Oman
Qatar
Russian Federation
Saudi Arabia
Singapore
Sudan
Syrian Arab Republic
United Arab Emirates
Uzbekistan
Yemen

5 短期滞在(10〜90日)であっても滞在許可を受けるために、HIV陰性の証明を求める国

Egypt
Iraq
Qatar
Singapore
Turks and Caicos Islands

5 HIV陽性者の入国、滞在を全面禁止している国

Brunei Darussalam
Oman
Sudan
United Arab Emirates
Yemen

出典: UNAIDS database on HIV-related restrictions on entry, stay and residence.

10 INTEGRATION

統合

エイズを孤立した状態にしないことを目的として、2011 年の「HIV ／エイズに関する政治宣言:HIV ／エイズの流行終結のための対策強化」(1) は、HIV 関連サービスが分野別にばらばらに実施されることをなくし、より広範囲の保健システムを強化し、エイズ対策を国際保健および開発対策に統合することを求めている。より統合されたアプローチによってエイズ対策の範囲と効果が強まり、HIV 関連の成果を用いてより広い保健および開発効果が生み出され、エイズ対策の長期的な持続性が向上する。

エイズに関する運動は社会的に排除された集団から発生したリーダーシップの歴史であり、最先端の治療が高収入国だけに割り当てられるような状況を受け付けず、保健と開発対策の最前線で新しい世界を切り開いている *(2)*。

エイズプログラムの届く範囲が拡大することで、HIV をより広い保健対策と統合する機会も増え、その結果としてできたシステムは、対策が個別に単独で実施されているときよりも効果が上がっている。HIV と結核スクリーニング、診断、治療を統合し実施する保健施設の数は 2005 年以降、急速に増加しており、この傾向は、HIV 陽性率、結核感染率、HIV と結核の重複感染率が最も高いサハラ以南のアフリカで特に顕著である *(3)*。スワジランドにある 16 のコミュニティの診療所と地方病院で行われた最近のプログラム評価によると、普段の HIV のケアサービスに結核の症例探索を統合したサービスは実現可能であり、かつ効果的であることがわかっている *(4)*。2012 年、南アフリカは HIV と結核、性感染症に統合的に取り組む 5 ヵ年戦略を開始した。

2015 年までに子どもの新規感染をゼロにし、母親を生かすという目標を掲げた、グローバルプランにおける 22 の優先国すべてが、子どもの HIV 感染を防ぐサービスを母子保健サービスに統合している。さまざまな国で行われた 10 の調査のレビューによれば、医療関係者主導の HIV 検査とカウンセリングを周産期サービスに統合することにより、HIV 検査受検率が 10 ～ 66％上昇し、8 つの調査においては検査率は少なくとも 85％であった *(5)*。しかし、診療所での周産期ケアへのアクセスが限られたり、必需品の予測や調達、供給連鎖管理が弱かったりすると、このような成果も脅かされることになる。

サハラ以南のアフリカ全域の国々で、HIV は性と生殖の健康サービスに統合されている。例えば、タンザニア、マラウイ、ボツワナ、ブルキナファソ、ジンバブエは迅速なアセスメントを実施し、この戦略を告知するとともに、統合の規模拡大と強化に向けて国の計画の優先順位を明確にした。ケニアは

2002 年以降、国の戦略を評価し、HIV カウンセリングと検査を家族計画サービスに統合した。このような統合の効果と影響の測定は、標準的な指標がないために実施不可能であったが、今後は、政府、ドナー、国連機関、市民社会の専門家グループが適切な指標を定めることが求められる。

抗 HIV 治療へのアクセスが拡大し、HIV 陽性者の生存率が改善されるにつれ、HIV ケアと治療プログラムは慢性疾患の管理へと焦点がシフトしている。エチオピアでは *(6)*、エイズ対策から学んだ教訓を糖尿病の臨床管理に生かしている。カンボジア *(6)* にある国境なき医師団の 2 つの診療所では、HIV と糖尿病、高血圧のサービスを統合してきた。国際保健および国際開発機関である FHI360 はケニア *(6)* の既存の HIV プログラムに非感染性疾患サービスを加え、南アフリカでは *(6)* HIV と高血圧、糖尿病の統合検査キャンペーンを始めた *(7)*。2011 年 9 月、非感染性疾患に関する国連ハイレベル会合は、これらの増大する課題に取り組むため、国際的な対策を一新した。UNAIDS と WHO は首脳会議により、HIV と非感染性疾患プログラムの統合において連携を促進することに合意した。

エイズ・イニシアチブとの共同アプローチを通じた有益な成果を増大させる機会は、社会経済的開発プログラムの至る所に存在する。サハラ以南のアフリカにおける *(8)* 現金給付プログラムの 120 件以上についてレビューした世界銀行によれば、大きなニーズのある人々の経済・社会的な脆弱性に取り組むあらゆる形式をとる社会保護への投資は、すでに遺児や脆弱な立場にある子どもたちがいたり援助への依存度が高い世帯に届いており、最も脆弱で HIV の影響を受けている世帯の資源を活用する機会を提供し、エイズの流行の影響を弱めている。

世界の人口の約 10％が障害を持つ人々である *(9)*。障害者の HIV 陽性率に関するデータはほとんどないが、聴覚障害者の調査では、陽性率は他のコミュニティと同様かそれよりも高いと示唆されている *(10)*。2012 年、71％の国が多分野にわたるエイズ戦略に、障害者について取り組む統合された対策を含んでいると回答した *(7,11)*。

社会的に排除され、しばしば犯罪者とされる人口集団への HIV 対策の特有の効果を考えるとき、さらなる統合化の取り組みを行うにあたって明らかに対象となるのは、刑事裁判や法執行のプログラム作りである。警察に対する 1 回だけの研修会といったものは、統合的なアプローチに取って代わられる。HIV を恒久のカリキュラムとして軍人や警官に対して現職教育を行っている国もある。例えば、マレーシアの警察ではハームリダクションが 2009 年に教育訓練に統合され、ネパールの警察のどの部署でも HIV に関する教育訓練が統合され、取り入れられている。

71

障害者向けの対策を統合している国々

2012年、71ヵ国が多分野にわたるエイズ戦略に、障害者について取り組む統合された対策を含んでいると回答した。

タイのセックスワーカーの組織 SWING は、国立警察士官学校とパートナーシップを結び、男性セックスワーカーが警察官にターゲットにされていると感じ、繰り返される暴力と虐待の克服に取り組んでいる。年間の教育訓練プログラムを 4 年間行ったことで、セックスワーカーと SWING がこのプログラムの実施を任せられるような警官候補生の核が形成された。警官の態度の前向きな変容が観察され、嫌がらせのケースにおける救済の新しい手段も設けられた（*12*）。

2015 年に向けて：エイズを孤立させない

HIV 対策をより広い保健および開発対策と統合し、相乗効果を最大限にすることは、対策の効果と持続性のために不可欠である。統合のためのプログラムの機会を増やすには、どこで、いつ、どのようなプログラムを最適なやり方で実施し、プログラムどうしのプラスの相乗効果がどのような環境で得られるのかを理解できる系統的なエビデンスが必要である。統合アプローチのための指標とさまざまな分野における既存のモニタリングシステムの統合を進め、統合に関する進捗を追跡し、定期的に報告できるようにしなければならない。

Box 10.1. 生殖、母親、子どもと新生児の保健サービスの統合の改善と男性のさらなる関与の増大

男性が家族の健康に関わることは、それが父親であれ、性行為の相手であれ、有益な影響をもたらすと認識されている（*13-15*）。一人ひとり個別に対してではなく、パートナーと一緒にサービスを提供することが、感染していないパートナーを守る行動変容につながり、HIV 感染のリスクを大きく下げることができる（*15*）。このため、多くの国々がサービスの提供において男性が関与できる機会を強化するさまざまな戦略を試みている（*16,17*）。

男性のためのサービスを生殖、母子、新生児と子どもの保健サービスに統合する努力が多くの場面で行われている。HIV サービスを提供する男性医療従事者の数を増やすこと、生殖、母子、新生児と子どもの保健サービスと同時に男性向けのサービスを提供すること、カップル向けのサービスを提供することは、すべて革新的で有望な取り組みの例である。

ルワンダとザンビアでの調査（*18,19*）によれば、男性の関与によって新たに HIV に感染する人の数が 3 分の 2 に減少した。カップルのカウンセリングが提供されているところでは、夫あるいはパートナーの参加を「要求事項」とされることで参加を思いとどまる女性のニーズにも配慮しなければならない。同様に、妊娠した女性に必ずしもパートナーがいるとは限らないことにも配慮しなければならない。

母子感染予防のサービスを拡大する一方で男性向けの HIV サービスの改善も取り組まれており、ルワンダでは家族向けの支援パッケージが開発されている。そのような統合されたサービスのパッケージは、子どもの新たな HIV 感染を予防するという国の戦略と関連しているが、同時にこれは、男性の参画や男性パートナーが HIV カウンセリングと検査に参加することに力を入れるものでもある。キャンペーンの要素には以下が含まれる。

・国の戦略としてカップルでの HIV カウンセリングと検査を促す
・地方の政府機関やコミュニティの医療従事者とともにコミュニティを動員する
・カップルを対象とした HIV カウンセリングと検査に関する医療従事者の能力を向上させる
・平日に時間がとれないパートナーのための週末の HIV カウンセリングと検査を実施する
・男性パートナーへの招待状を導入する

家族向けパッケージというアプローチは、カップルの受検者数を劇的に増やし、評価されている。検査を受けた男性パートナーは 2005 年には全国平均で 33%だったが、2008 年には 78%になっている。母子感染予防プログラムを通じて検査を受けるカップルは、2005 年の 58,700 組から 2008 年には 229,200 組になっている。このプログラムにより、HIV 検査のカバレージは、妊婦で 2012 年には 10%だったものが、2005 年には 50%に、2008 年には 75%に上昇している。妊婦とその男性パートナーの HIV 陽性率も低下し、妊婦では 2003 年の 9.1%から 2008 年には 3.0% に、男性パートナーでは 2003 年の 10.2%から 2008 年には 3.1%に低下している（*20*）。

456 人の HIV 陽性妊婦と 140 人のパートナーを対象としたケニアでの調査(*21*)によれば、男性パートナーとともに産科診療所を訪れた女性は、子どもの母子感染または新生児の死亡リスクが、男性パートナーなしで訪れた女性に比べて 45%低いことを示していた。

Box 10.2. ピンクリボン・レッドリボン

ピンクリボン・レッドリボンは、サハラ以南のアフリカおよびラテンアメリカの国々でエイズ対策から得られた教訓と経験に基づいてつくられた、子宮頸がん・乳がんと闘うための革新的な国際保健の官民パートナーシップであり、ジョージ・W・ブッシュ協会、UNAIDS、米国大統領エイズ救済緊急計画（U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR）、Cure のスーザン・G・コーメンが主導し、特にリスクが高い HIV 陽性の女性に対し、子宮頸がんのスクリーニングと治療の入手可能性を拡大させ、また、乳がんに関する啓発を促す活動をしている。

ピンクリボン・レッドリボンは、HIV 予防と治療の拡大を、ヒトパピローマウイルス（以下、パピローマウイルス）の予防および子宮頸がんのスクリーニングと治療など、女性のその他の疾病から命を救う予防と治療サービスを提供する機会として活用している。HIV とパピローマウイルスはリスク要因の組み合わせが共通しており、どちらも性行為によって感染することから、パピローマウイルスとの重複感染は HIV 陽性者にはよくあることである。高いリスクの型をもつパピローマウイルスに感染して、それがわからなかったり治療されなかったりすると、女性では子宮頸がん、男性では陰茎がんや肛門がんの主な原因となる。パピローマウイルスの陽性率は HIV 陽性者でより高いことが多い *(22)*。

2011 年 9 月に開始されたピンクリボン・レッドリボンはすでに大きな進歩を見せている。UNAIDS の招集力とリーダーシップを用いて、プロジェクト対象国となっている国々でピンクリボン・レッドリボンの目的を達成するためのハイレベルなコミットメントを確実なものにし、ボツワナ、ザンビアの UNAIDS 事務所は政府と緊密に協力し、子宮頸がんのスクリーニングを HIV サービスに統合する戦略を開発している。HIV 対策と子宮頸がん・乳がん対策をつなげるハイレベルなアドボカシーとコミュニケーション戦略を提供することにより、ルワンダは次期の HIV ／エイズに関する国家戦略計画（2013 ～ 2017 年）に子宮頸がんの予防を、ボツワナは HIV に関する国家実施計画（2012 ～ 2016 年）に子宮頸がんを含めることを主張してきた。計画とプログラムの評価への女性 HIV 陽性者の関与を強化することの一環として、ルワンダの国連合同チームは、国の HIV および子宮頸がんに関する計画策定に、女性の組織など市民組織を入れることを主張している。

REFERENCES
参考文献

はじめに

1. *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_en.pdf, accessed 1 November 2012).
2. *Global AIDS Response Progress Reporting 2012: guidelines – construction of core indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Respose_Progress_Reporting_en.pdf, accessed 1 November 2012).

1章　性行為による感染

1. Hankins CA, de Zalduondo BO. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 2010, 24(Suppl. 4):S70–S80.
2. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
3. Marteau TM, Hollands, GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*, 2012, 337:1492–1495.
4. Hallett TB et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infection*s, 2006, 82(Suppl. 1):i1–i8.
5. Gregson S et al. HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*, 2006, 311:664–666.
6. Johnson LF et al. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *Journal of the Royal Society Interface*, 2012, 9:1544–1554.
7. Jafa K, Chapman S. *Reinvigorating condoms as an HIV prevention tool*. Arlington, VA, AIDSTAR-One, 2012 (AIDSTAR-One Spotlight on Prevention series; http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Prev_Spotlight_Condoms_Final.pdf, accessed 1 November 2012).
8. *UNAIDS resource needs for AIDS in low- and middle-income countries*. Geneva, UNAIDS, 2007 (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2007/september/20070925resourceneedsmethodology, accessed 1 November 2012).
9. Papo JK et al. Exploring the condom gap: is supply or demand the limiting factor – condom access and use in an urban and a rural setting in Kilifi district, Kenya. *AIDS*, 2011, 25:247–255.
10. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001132.

11. WHO and UNAIDS. *Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa*. Geneva, World Health Organization, 2012.

12. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538–549.

13. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380:367–377.

14. van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW. A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. *AIDS*, 2010, 24:S30–S40.

15. Handa S et al. Effect of a national social cash transfer program on HIV risk behavior in Kenya. *XIX International AIDS Conference, Washington DC, USA, 22–27 July 2012* (Abstract FRLBD01; http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=21323, accessed 1 November 2012).

16. Baird SJ et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a clustered randomized trial. *Lancet*, 2012, 379:1320–1329.

17. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505.

18. *Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/vct/en, accessed 1 November 2012).

2章　注射による薬物使用者

1. Mathers B et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733–1745.

2. Wood E et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 2006, 354:2512–2514.

3. *Women, harm reduction, and HIV: key findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*. New York, Open Society Institute Public Health Program, 2009.

4. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.

5. Degenhardt L et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376:285–301.

6. El-Bassel N, Terlikbaeva A, Pinkham S. HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *Lancet*, 2010, 376:312–314.

7. Strathdee SA et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico–US border region. *PLoS One*, 2011, 6:e19048.

8. Brown QL et al. The impact of homelessness on recent sex trade among pregnant women in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 2012, 17:287–293.

9. Cavanaugh CE, Latimer WW. Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: the significance of psychiatric comorbidity. *Addiction Disorders and Their Treatment*, 2010, 9:32.

3章　子どものHIV感染と母親の生存

1. *Countdown to zero: Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-elimination-HIv-Children_en.pdf, accessed 1 November 2012).
2. Mofenson LM. Antiretroviral drugs to prevent breastfeeding HIV transmission. *Antiviral Therapy*, 2010, 15:537–553.
3. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards unviersal access. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html, accessed 1 November 2012).
4. Marston M et al. Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40:385–396.
5. Getahun H et al. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205(Suppl. 2):S216–S227.
6. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl 2):ii48–ii55.
7. Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*, 2011, 378:282–284.
8. El-Sadr WM et al. Bridging the divide. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(Suppl. 2):S59–S60.
9. Thorne C et al. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction*, 2012, 107:118–128.

4章　治療

1. Holmes CB et al. PEPFAR's past and future efforts to cut costs, improve efficiency, and increase the impact of global HIV programs. *Health Affairs*, 2012, 31:1553–1660.
2. *Press release: new study finds cost of treating HIV patients far lower than commonly believed; agreement with generic drug makers will bring prices down even further*. New York, William J. Clinton Foundation, 2012 (http://www.clintonfoundation.org/main/news-and-media/press-releases-and-statements/press-release-agreement-with-generic-drug-makers-will-bring-prices-down-even-further.html, accessed 1 November 2012).

5章　結核とHIV

1. 2012 progress reports submitted by countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/cpr, accessed 1 November 2012).
2. Suthar AB et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001270.
3. *Global tuberculosis control 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009.
4. *Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/tb/publications/2011/en/index.html, accessed 1 November 2012).
5. WHO, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief and UNAIDS. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html, accessed 1 November 2012).
6. WHO, UNAIDS, UNICEF and Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/three_patient_monitor/en, accessed 1 November 2012).

6章　資源と支出

1. 2012 progress reports submitted by countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/cpr, accessed 1 November 2012).
2. *Investing for results. Results for people. A people-centered investment tool towards ending AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/JC2359_investing-for-results_en.pdf, accessed 1 November 2012).

7章　ジェンダーとHIV対策

1. Peacock D. Men as partners: promoting men's involvement in care and support activities for people living with HIV/AIDS. *Expert Group Meeting on the Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality, Brasilia, Brazil, 21–24 October 2003* (http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/EP5-Peacock,pdf, accessed 1 November 2012).
2. *Rapid assessment of gender-related barriers to services to prevent vertical transmission of HIV*. Geneva, UNAIDS, forthcoming.
3. Esplen E. *Women and girls living with HIV/AIDS: overview and annotated bibliography*. Brighton, Institute of Development Studies, University of Sussex, 2007 (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf, accessed 1 November 2012).
4. Mullick S, Kuneni B, Wanjiru M. *Involving men in maternity care: health service delivery issues*. Washington, DC, Population Council, 2005 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/Agenda_Mullick05.pdf, accessed 1 November 2012).

5. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16:828–829.

6. Mulula AS et al. Gender distribution of adult patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in South Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 2007, 25:7–63.

7. Ochieng-Ooko V et al. Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:681–688.

8. Taylor-Smith K et al. Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 2010, 22:49–56.

9. Cornell M et al. Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 2012,9:e1001304.

10. Stringer JS et al. Rapid scale-up of antiretroviral therapy at primary care sites in Zambia: feasibility and early outcomes. *JAMA*, 2006, 296:782–793.

11. *A national study on violence against children and young women in Swaziland*. New York, UNICEF, 2010.

12. UNICEF, United States Centres for Disease Control and Prevention and Muhimbili University of Health and Allied Sciences. *Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009*. Dar es Salaam, Government of the United Republic of Tanzania, 2011.

13. Hillis SD et al. Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33:206–211.

14. Winter S. *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific Region*. Bangkok, United Nations Development Programme, 2012.

15. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en, accessed 1 November 2012).

16. Hounsfield VL et al. Transgender people attending a Sydney sexual health service over a 16-year period. *Sexual Health*, 2007, 4:189–193.

17. Schulden JD et al. Rapid HIV testing in transgender communities by community-based organizations in three cities. *Public Health Reports*, 2008, 123:101–114.

18. 2012 progress reports submitted by countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/cpr, accessed 1 November 2012).

19. 2012 National Commitments and Policies Instrument (NCPI) – countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/ncpi, accessed 1 November 2012).

20. Orza L. *Community innovations: achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Geneva, UNAIDS and Athena Network, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf, accessed 1 November 2012).

8章　スティグマ、差別、法律

1. *Sigma and discrimination at work: findings from the People Living with HIV Stigma Index.* Amsterdam, Global Network of People Living with HIV, 2012 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/SI_WorkBriefing_Online.pdf, accessed 1 November 2012).
2. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, rights & health*. New York, United Nations Development Programme, 2012.
3. 2012 country progress reports [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/cpr, accessed 1 November 2012).
4. *The global criminalisation scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Amsterdam, Global Network of People Living with HIV, 2010.
5. Itaborahy LP. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*. Brussels, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf, accessed 1 November 2012).
6. Chiu J, Burris S. *Punitive drug law and the risk environment for injecting drug users: understanding the connections*. New York, Global Commission on HIV and the Law, 2011 (Global Commission on HIV and the Law Working Paper; http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?task=document.viewdoc&id=98, accessed 1 November 2012).
7. *Laws and policies affecting sex work*. New York, Open Society Foundation, 2012 (http://www.soros.org/sites/default/files/sex-work-laws-policies-20120713.pdf, accessed 1 November 2012).
8. P*olice and HIV programs*. Law Enforcement and HIV Network, 2012 (http://www.leahn.org/key-affected-populations, accessed 1 November 2012).
9. Spiegel B et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 2007, 369:2187–2195.
10. Spiegel P, Nankoe A. *UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2011 (http://www.unhcr.org/403a1f2d4.html, accessed 1 November 2012).
11. *Making a difference: the Global Fund results report 2011*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2011 (http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports, accessed 1 November 2012).
12. *Report of the Technical Review Panel and the Secretariat on the Transitional Funding Mechanism, 2012*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2012.
13. *Positive health, dignity and prevention: a policy framework*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/document/unaidspublication/2011/20110701_phdp.pdf, accessed 1 November 2012).

9章　入国、滞在、居住に関する制限の撤廃

1. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, rights & health*. New York, United Nations Development Programme, 2012.
2. *World migration report, 2011*. Geneva, International Organization for Migration, 2011.
3. Marin M. Impact of HIV travel restrictions on migrant workers in Asia and the Gulf States. *19th International AIDS Conference, Washington, DC, 22–27 July 2012*.

10章　統合

1. *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_en.pdf, accessed 1 November 2012).
2. A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet*, 2011, 377:2055.
3. Howard AA, El-Sadr WM. Integration of tuberculosis and HIV services in sub-Saharan Africa: lessons learned. *Clinical and Infectious Diseases*, 2010, 50:S3.
4. Elden S et al. Integrated intensified case finding of tuberculosis into HIV care: an evaluation from rural Swaziland. *BMC Health Services Research*, 2011, 11:118.
5. Hensen B et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counseling. *Tropical Medicine and Health*, 2012, 17:59–70.
6. *Chronic care of HIV and noncommunicable diseases: how to leverage the HIV experience*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110526_JC2145_Chronic_care_of_HIV.pdf, accessed 1 November 2012).
7. 2012 progress reports submitted by countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/cpr, accessed 1 November 2012).
8. Garcia M, Moore CMT. *The cash dividend: the rise of cash transfer programmes in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, World Bank, 2012 (https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2246, accessed 1 November 2012).
9. Mont D. *Measuring disability prevalence*. Washington, DC, World Bank, 2007 (SP Discussion Paper No. 0706).
10. *Disability and HIV policy brief*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf, accessed 1 November 2012).
11. 2012 National Commitments and Policies Instrument (NCPI) – countries [online database]. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/ncpi, accessed 1 November 2012).
12. UNFPA, UNAIDS and Asia Pacific Network of Sex Workers. *The HIV and sex work collection: innovative responses in Asia and the Pacific*. Geneva, UNAIDS, forthcoming.

13. Sherr L. Fathers and HIV: considerations for families. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 13(Suppl 2):S4.

14. Betancourt T et al. Family-centred approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13(Suppl 2):S2.

15. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/vct/en, accessed 1 November 2012).

16. Byamugisha B et al. Male partner antenatal attendance and HIV testing in eastern Uganda: a randomized facility-based intervention trial. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:43.

17. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.

18. Allen, S. et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *BMJ*, 1992, 304:1605–1609.

19. Dunkle K et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 371:2183–2191.

20. *Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503679/en/index.html, accessed 1 November 2012).

21. Aluisi A et al. Male antenatal attendance and HIV testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:76–82.

22. Ng'andwe C et al. The distribution of sexually-transmitted human papillomaviruses in HIV positive and negative patients in Zambia, Africa. *BMC Infectious Diseases*, 2007, 7:77.

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

公益財団法人 エイズ予防財団
Japan Foundation for AIDS Prevention

〒101-0061
東京都千代田区三崎町1-3-12
水道橋ビル5階

Tel　03-5259-1811

http://www.jfap.or.jp/