

グローバル・エイズ・アップデート 2020（概要版）

『この機会をつかむ 流行終結を目指し、根強く残る不平等と闘おう』 各章の概要

はじめに



国連共同エイズ計画（UNAIDS）事務局長
ウィニー・ビヤニマ

新型コロナウイルス感染症COVID-19のパンデミックは、この6カ月の間に計り知れないほど大きく世界を変えてしまいました。

HIVに対応してきた40年の経験をコロナウイルス対策に生かし、世界中のアクティビストがHIVサービスへの影響を最小限に抑えるために奮闘していることを誇りに思います。今年の報告書ではカンボジアのセアリー・ソーのようなアクティビストを何人か紹介しています。セアリーはHIV陽性者として15年間、活動してきました。プノンベン・クメール・ソビエト友好病院で毎日、カウンセリングを提供しています。カンボジアで最初につくられたエイズ診療の拠点で、いまはCOVID-19対策にも使われている病院です。

公衆衛生上の脅威としてのエイズの流行を2030年までに終結させるという目標に向けて、私たちはCOVID-19のアウトブレイク以前からすでに、達成の軌道を外れていました。今回の危機で、その軌道がさらに大きく外れていく恐れもあります。UNAIDSと世界保健機関（WHO）のモデル試算では、医薬品・医療用品の供給が6カ月間、中断することになれば、サハラ以南のアフリカだけで、エイズ関連の死者は2021年末までに50万人増える恐れがあります。

苦しい闘いを通して獲得したHIV対策の成果が以前の状態に戻ってしまうことを許すわけにはいきません。そうでなくても目標の達成には長い道のりが残されているのです。

世界の3800万人のHIV陽性者のうち、2540万人が治療を受けています。それは残る1260万人がいまも治療を受けられずにいるということでもあります。2010年と比べれば、年間の新規HIV感染件数は23%も減りました。東部・南部アフリカ地域で38%減という大きな成果があったからです。しかし、東欧・中央アジア地域では逆に72%も増加しています。中東・北アフリカは22%、ラテンアメリカは21%の増です。

2019年には世界で69万人がエイズ関連の原因で死亡し、170万人がHIVに新規感染しています。エイズ関連の死者を年間50万人以下、HIV新規感染者も50万人以下に抑えるという2020年ターゲットは達成できそうにありません。

ジェンダーに基づく暴力と不平等が依然、流行を広げています。サハラ以南のアフリカで若い女性と思春期の少女が人口全体に占める割合は10%程度ですが、2019年の新規HIV感染者の4人に1人はその若い女性または思春期の少女でした。

世界全体では、過去12カ月の間に推定2億4300万人の女性・少女（15-49歳）が親密なパートナーから性的または身体的暴力を受けています。そうした暴力を受けた経験のある女性は、そうでない女性と比べ1.5倍もHIV感染の可能性が高いことも分かっています。社会から排除されがちな集団では、高い暴力発生率がHIV感染のリスクを高めています。女性のセックスワーカーは一般人口層と比べ、HIVの感染リスクが30倍も高いのです。

HIVは治療法も、感染を予防する方法も分かっています。いま絶望的なまでに求められているのは、どんな人でも、どこに住んでいても、誰もが健康でいる権利を保障するための政策なのです。

不正と不平等をなくすために協調して取り組む必要があります。そうした不正や不公正によって、若い女性と少女、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、セックスワーカー、トランスジェンダーの人たち、薬物使用者、受刑者、移民といった人たちがHIV感染の高いリスクに曝されているのです。

どんな人でも、どこに住んでいても、すべての人に健康の権利を保障し、必要なサービスの提供を阻む障壁は打破しなければHIV予防の危機に対応することはできません。アクセスの不平等が何をもたらすのか。HIV対策の歴史からその苦痛に満ちた教訓を学ばなければ、COVID-19と闘うこともできません。命を救える薬があるのに何百万という人がエイズ関連の疾病で亡くなっています。COVID-19の治療法とコロナウイルスのワクチンは、どんな人であっても、どこに住んでいても、使用の時点では無料で手に入るようにしなければなりません。人びとのワクチンが必要です。

HIVの流行でも、他の感染症の流行でも、多分野にまたがる対応が必要になります。例えば、少年も少女も中等教育を完全に受けられる、何者であるか、誰を愛しているかで犯罪に問われることはない、薬物使用には人権を基本にした公衆衛生アプローチをとるといったことです。

パンデミック対策が成功するには、人権に基づき、エビデンスを踏まえた、コミュニティ主導の対策が必要であり、しかも十分な資金を確保しなければなりません。もう、これが最後です。私たちはその教訓をしっかりと学ぶ必要があります。

HIVはここ数年、国際的な優先課題から滑り落ちてきました。だからこそ私は、2021年のエイズ終結に関する国連総会ハイレベル会合で、公衆衛生上の脅威としてのエイズ流行を2030年までに終結させることを妨げている問題に緊急に取り組むよう各国首脳に呼びかけているのです。

HIV対策を誤ることはできません。

UNAIDSの2020年世界報告は行動を呼びかけています。HIVの流行の規模は大きく、対策が不平等という誤った断層線に沿って走ってきたということを強調しています。私たちは格差を埋めることができます。そして埋めなければならないのです。

節目の年 HIV 対策目標には及ばず (Executive Summary から)

節目の年 HIV 対策目標には及ばず

2020 年は世界的な HIV 対策の節目の年であり、社会変革の必要性が一段と高まっています。国連加盟国は 4 年前、エイズの流行を 2030 年までに終結に導くこと、そのためには HIV サービスの拡大を加速し、サービスを受ける権利とそれが可能な環境を整えなければならないことを総会で確認しました。そのためには 2020 年末までに中間目標を達成する必要があることにも合意しています。

かなり大きな成果もあがっています。地理的にも、経済的にも、そして流行の状態からみても、数十カ国におよぶ実に様々な国が、中間目標達成の軌道に乗っているか、ほぼ軌道に乗るところまで来ています。大胆な目標であっても、十分な政治的意思と財源、コミュニティの関与があれば実現できることを証明しているのです。これらの国に共通しているのは、エイズ対策における政治の指導力、積極的なコミュニティの関与、人権を踏まえた分野横断的なアプローチ、そして協調的な行動の基礎となる科学的なエビデンスの重視です。こうした成果は、他の国の HIV 対策の参考になるだけでなく、世界が新たなパンデミックの脅威に対応するためにも大きな教訓となっています。

ただし、残念なことに、一部の国や地域が成果をあげても、他の国が失敗すればその成果は相殺されてしまいます。UNAIDS に報告された国別のデータを集計すると、各国の投資額は UNAIDS の高速対応戦略で想定していたほど多くはなく、サービス提供にあたる人数も少なかったため、新規 HIV 感染者数とエイズ関連の死者数を大きく抑えることはできませんでした。

結果として、2020 年の高速対応ターゲットはすべて、期限内に達成することができずに終わる見通しです。

HIV 対策に必要な資金額と実際に確保できる資金のギャップは広がっています。世界がミレニアム開発目標 (MDGs) に合意した 2000 年当時の勢いは、持続可能な開発目標 (SDGs) の時代には失われてしまいました。低・中所得国の HIV 対策資金の増加は 2017 年に止まっており、資金調達額は 2017 年から 2019 年の間に 7% 減少しています。低・中所得国で 2019 年に利用できた HIV 資金の総額は、国連総会で設定された 2020 年の目標額の約 70% です。効果的な HIV 対策の実現には、教育と保健への公平なアクセス、および社会から最も疎外されている人びとの権利を守るための法律と司法制度が必要なのですが、多くの地域にまたがる数十カ国でそれが無視され続けているのです。

人権を重視した包括的な HIV 対策に世界は十分な投資ができずに終わっています。その失敗の代償は恐るべきものです。2020 年の高速対応ターゲットが達成できた場合と比べると、2015 年から 2020 年にかけて世界全体で 350 万人も HIV の新規感染者が増え、エイズ関連の死者は 82 万人も多くなっています。

成功への青写真は広く公開されていました。世界はもっとうまくやれたのです。

ギャップにより根深い不平等の存在が明らかに

HIV 対策のギャップとその結果としての HIV 感染、エイズ関連の死亡は不平等の断層線に沿っています。

サハラ以南のアフリカ 46 カ国のデータは、HIV 陽性率と所得格差の間に正の関係があることを示しています。教育、ジェンダーの不平等、1 人当たり所得を調整後、国の 20:20 比率が 1 ポイント増加すると、HIV 陽性率は 2 ポイント増加しています。

女性と女兒が力を付けたり、声をあげたりすることを制限し、教育や経済的手段を得る機会を妨げ、市民参加を抑えてきた不平等なジェンダー規範により、HIV陽性率の高い状況のもとで、女性がHIV感染のより高いリスクに曝されることを促してきました。

図 ジェンダーおよび人口集団別の新規HIV感染の割合、世界全体、2019年



若い女性とはくに高いリスクに曝されています。サハラ以南のアフリカでは、思春期の少女と若い女性（15-24歳）の人口は全体の10%ですが、2019年の新規HIV感染の24%を占めていました。人口比では2倍以上です。全年齢層で見るとサハラ以南のアフリカの新規HIV感染の59%が女性・少女で占められています。

サハラ以南のアフリカを除くと、新規HIV感染の半分以上は、25歳以上の成人男性です。そして、その男性のかなりの部分は、ゲイ男性など男性とセックスをする男性で占められています。トランスジェンダーの人たちも、HIV感染の極めて高いリスクに直面しています。成人男性全体と比べると、平均で13倍も感染のリスクが高いのです。性別を二つだけとみなす考え方やセクシャリティに関するタブーなど、数多くの文化におけるジェンダー規範も、スティグマやホモフォビア、トランスフォビアを永続させています。レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックス（LGBTI）の人たち、および、非難や暴力、逮捕などを恐れ社会から排除されがちな女性（セックスワーカー、女性薬物使用者など）は闘わなければ、性と生殖に関するサービス、とりわけ避妊やHIV予防に関するサービスを利用することもできません。

HIV感染の高いリスクに曝されているキーポピュレーションにはさらに、注射薬物使用者、セックスワーカー、受刑者らも含まれます。人口全体に占める割合は小さいものの、キーポピュレーションとその性パートナーは2019年の場合、世界の成人の新規HIV感染の60%以上を占めているのです。



この機会をつかむ

世界が新たなパンデミックに取り組む中で、HIV 対策を推進してきた指導力や資金、社会基盤などが活用されています。各国の HIV 対策のベテランたちが COVID-19 対策の調整役として活躍する国は数十カ国になるのです。HIV 対策を通して構築された国際的な協力関係が、世界の最高レベルの疫学者、科学者、医療専門家を招集し、データを集め、治療法とワクチンの開発に取り組み、最も困っている国とコミュニティに資金と必要な資源を供給する助けとなっています。

HIV 対策の資金で開発された専門知識、分析能力、サーベイランスとモニタリングのシステムも COVID-19 対策の力になっています。たとえば、臨床検査システムは、HIV と結核対策への投資で大きく拡充、改善され、いまはそれが COVID-19 の検査にも役立っているのです。

HIV の流行への対応は、アクティビストやコミュニティ組織が中心的な役割を担ってきました。COVID-19 でも、人権の尊重とジェンダーへの配慮を重視し、LGBTI の人びとなど社会から排除されがちなコミュニティに対する偏見のない対策に取り組んでいます。コミュニティはまた、COVID-19 に関する誤った情報やスティグマと闘い、弱い立場の人たちに必需品を供給するなど地元の支援体制を整えています。COVID-19 対策でロックダウンが実施されている間は、コミュニティ主導のサービス提供が医療サービスの維持に真価を発揮しました。現実の生活に根差し、最も大きな影響を受けている人たちのニーズと優先順位に対応してこの人たちの権利を守ることができるからです。

HIV 対策の成果は、COVID-19 対策にも大きな貢献を果たしたものの、2020 年のターゲットが全体として達成できず、失敗に終わろうとしていることは、体系的な弱点と根深い不平等の存在を露呈し、何でこうなったのかという疑問を投げかけています。UNAIDS の高速対応戦略が完全に実施されたらどうなったのか？ 世界のパンデミック対応能力がもっと強かったらどうだったのでしょうか？

過去を変えることはできません。しかし、過去から続く不平等の継承を拒む人がますます増えれば、国際社会はこの機会をつかみ、より良い未来を想像して、グローバルヘルスと持続可能な開発、そしてエイズ流行の終結に向け再び活力を取り戻すことができるのです。

第1章

3つのゼロに向けた成果

データのポイント

2019年の新規HIV感染者数は**170万人**。2020年ターゲットの3倍以上。

サハラ以南のアフリカの新規**HIV感染者の4人に1人**は思春期の少女か若い女性。

有効な治療があるのに2019年にはエイズ関連疾病で**69万人が死亡**。

25カ国では、成人の**50%以上**がHIV陽性者に差別的。

世界の成人の新規HIV感染者の62%は**キーポピュレーションとその性パートナー**。

世界のHIV対策は、新規感染ゼロ・エイズ関連の死亡ゼロ・差別ゼロの3つのゼロをビジョンに掲げています。このビジョンが10年前に初めて示された当時、3つのゼロは遠い夢でした。5年後の2015年にはそれが、持続可能な開発のための2030アジェンダに含まれ、HIVターゲットの基本的な考え方になりました。2030年の達成に向けて数値化されたターゲットが設定され、2016年の国連総会エイズ終結に関する政治宣言では、2020年の中間目標が以下のように示されています：

新規HIV感染者を2020年までに年間50万人以下に減らす。

エイズ関連の死者を2020年までに年間50万人以下に減らす。

HIVに関連したスティグマと差別を2020年までになくす。

最初の2つのターゲットは2016年推計で示されている2010年現在のデータと比較すると約75%の減少になります。スティグマと差別については、たとえ世界で1件あったとしても差別は多過ぎるという人権の原則に基づいています。

2020年末が迫る中で、各国から寄せられた最新のデータをみると、大きな進展を果たしてはいるものの、同時に課題も多く抱えています。HIVの流行に関する複雑な現実を理解が深まるにつれて、HIV対策を取り巻く現実のギャップを把握する能力も研ぎ澄まされ、取り残された人たちに手を差し伸べる戦略が生まれてきました。それでも中間目標の達成を可能にする行動がとれる国はあまりにも少なく、2030年までに3つのゼロを達成するという軌道には乗っていないのが世界の現状です。

新規感染ゼロ

新規感染ゼロ

2019年の新規HIV感染者数は世界全体で推定170万人[120万-220万人]で、2010年当時と比べると23%減少しています。1989年以降では最も少ない年間新規感染者数です。

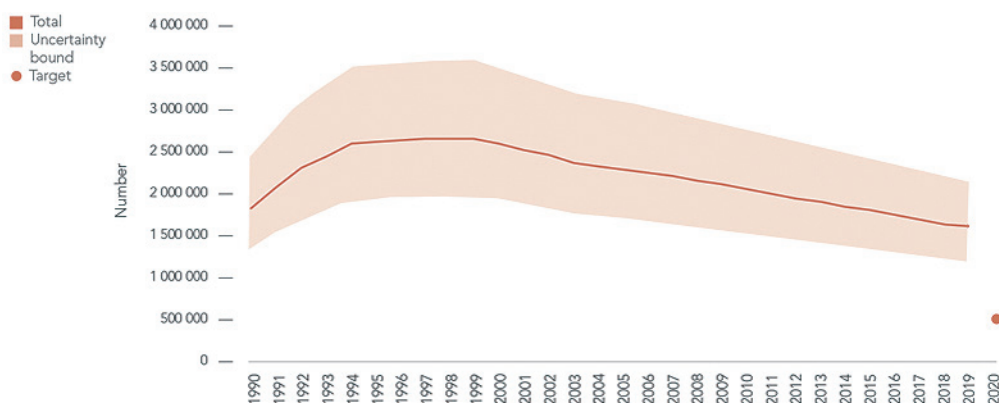
それでも、2020年の新規HIV感染数を50万人以下に抑えるという目標より3倍以上も多く、HIV予防の進展はあまりにも遅いと言わざるを得ません。目覚ましい成果を上げる国は増えています。しかし、HIVの感染予防効果が証明されている手段を必要な規模で採用できずにいる国の方がもっと多いのです。

世界全体でみると、女性・少女の年間新規感染者数（2010年比27%減）は、男性・少年（同18%減）よりも大きく減少しています。2019年の世界全体の新規感染者数は女性・少女が48%で男性・少年の52%より少なくなっています。子供（0-14歳）の新規感染は2019年の新規感染全体の9%で、その84%はサハラ以南のアフリカで占められています（第2章参照）。

東部・南部アフリカ地域（2010年比38%減）の大幅な減少が、世界全体の減少傾向に寄与しています。また、カリブ地域（29%）、西部・中部アフリカ地域（25%）、西欧・中欧・北アメリカ地域（15%）、アジア太平洋地域（12%）も減っています。対照的に、東欧・中央アジア地域では感染の拡大が続き、2019年の新規HIV感染は2010年より72%も多くなっています。中東・北アフリカ（22%）、ラテンアメリカ（21%）も増加しています。

2019年には世界全体の新規HIV感染の62%がキーポピュレーションとその性パートナーで占められていました。セックスワーカー、注射薬物使用者、受刑者、トランスジェンダーの人たち、ゲイ男性など男性とセックスをする男性を含むキーポピュレーションは、少数の人口集団なのですが、差別や社会的な排除などによってHIVに感染するリスクが高くなっています。

図 1.1 世界の新規HIV感染者数 1990-2019



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>).

HIV 感染のリスクは地域ごとに異なる

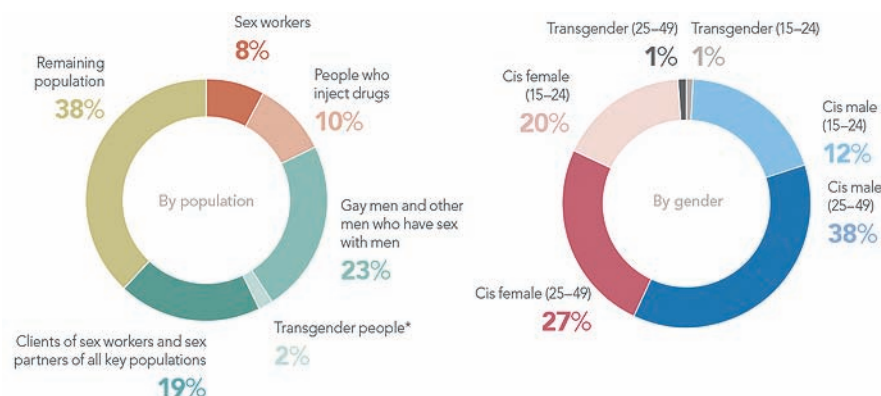
それぞれの地域内の国や都市やコミュニティの流行のタイプで異なるのですが、成人のHIV感染のリスクは、特定の年齢層やジェンダー、人口集団で高くなっています。たとえば、サハラ以南のアフリカでは、思春期の少女と若い女性（15-24歳）のHIV感染のリスクが特に高い：人口に占める割合は10%なのに新規感染者の4人に1人はこの層なのです。HIVの影響が最も大きい東部・南部アフリカ地域では、思春期の少女と若い女性が新規感染の30%を占めています。

サハラ以南のアフリカ地域以外では、2019年の成人の新規HIV感染は、カリブ地域の57%から西欧・中欧・北アメリカ地域の79%まで、いずれも男性が多数を占めています。

世界全体では、2019年の成人の新規HIV感染のほぼ4分の1（23%）は、ゲイ男性など男性とセックスをする男性です。アジア太平洋地域とラテンアメリカ地域では40%以上、西欧・中欧・北アメリカ地域ではほぼ3分の2（64%）を占めています。西欧・中欧・北アメリカ地域の高所得国では、若年層のゲイ男性など男性とセックスをする男性（15-24歳）のリスクが高く、2019年には新規感染の36%でした。

世界全体では成人の新規HIV感染の約10%が注射薬物使用者でした。東欧・中央アジア地域では新規感染のほぼ半数（48%）、中東・北アフリカ地域では43%、アジア太平洋地域では17%、西欧・中欧・北アメリカ地域では15%を占めています。世界全体では成人の新規感染の推定8%がすべてのジェンダーのセックスワーカーです。トランスジェンダー女性の新規HIV感染は世界全体でみると小さな割合ですが、アジア太平洋地域（7%）、ラテンアメリカ地域（6%）、カリブ地域（5%）では不均衡なほど大きな割合をとっています。

表 1.3 世界のジェンダー、人口集団別の新規HIV感染、2019年



* Data only included from Asia and the Pacific, the Caribbean, eastern Europe and central Asia, Latin America, and western and central Europe and North America. Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>); UNAIDS special analysis, 2020 (see methods annex).

Note: Epidemiologic data from transgender populations are available primarily from the Asia and the Pacific, Caribbean and Latin America regions. Sparser data are available from the western and central Europe and North America region. Limited programme data are available from western and central Africa and eastern and southern Africa. Furthermore, data are primarily from transwomen, and among those transwomen, data are frequently from people who sell sex. Only a few data points were available from transmen. Nonetheless, the transgender population and their risks for acquiring HIV should not be fully ignored in UNAIDS analyses.

エイズ関連死亡ゼロ

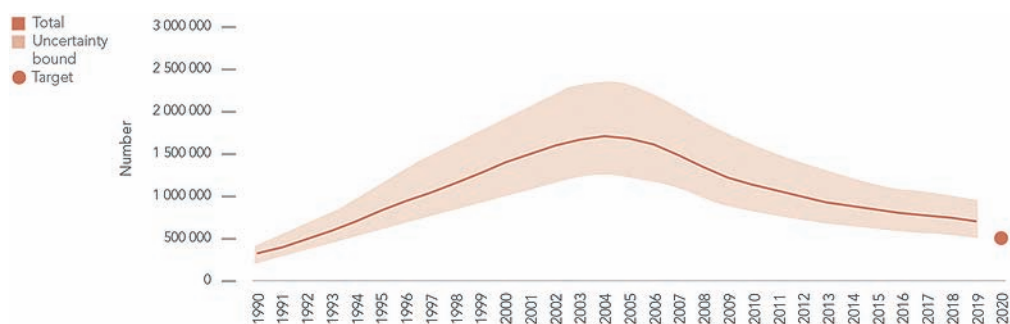
エイズ関連死亡ゼロ

抗レトロウイルス治療の普及は2010年以降1210万人の死亡を防いできました。その成果にも関わらず、そして効果的で比較的安価な治療薬があるにも関わらず、何十万という人が毎年、亡くなっています。2019年にエイズ関連の疾病で亡くなった人は世界全体で69万人[50万-97万人]と推定され、2010年と比べれば39%減っています。それでも、年間の死者を50万人以下に抑えるという2020年ターゲットには遠く及びません。

全体として抗レトロウイルス治療の普及率は女性の方が高く、それが死者数の減少にもつながっています。2019年の女性・少女のエイズ関連死者数は世界全体で30万人[22万-42万人]でした。男性・少年は39万人[28万-56万人]です。2010年と比べ2019年の女性・少女のエイズ関連疾病による死者数は46%減りました。男性・少年は32%です。サハラ以南のアフリカのHIV陽性者数（女性1590万人、男性980万人）は女性の方が多いのですが、2019年の男女別エイズ関連死者数は他の地域と同じ傾向で：男性・少年22万人、女性・少女22万人です。

最も急速にHIV治療が普及している東部・南部アフリカ地域は、当然ながらエイズ関連の死亡が最も大きく減少した地域でもあります：2019年には2010年より49%減少しました。治療アクセス拡大の影響はカリブ地域、西部・中部アフリカ地域、西欧・中欧・北アメリカ地域でも明らかです：この3地域はすべて2019年のエイズ関連の死者数が2010年より37%少なくなっています。アジア太平洋地域では28%の減少です。一方で、ラテンアメリカ地域（8%）と中東・北アフリカ地域（2%）の減少率はそれほど劇的ではありません。東欧・中央アジアでは逆に2019年のエイズ関連の原因による死亡が2010年より24%増加しています。

表 1.5 世界のエイズ関連死者数、1990-2019



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>).

差別ゼロ

差別ゼロ

誤解に基づくHIV感染への恐れ、およびHIV陽性者や感染の高いリスクに曝されている人々を貶める態度や行動は、何十年にもわたってHIVの流行の特徴となっていました。HIV関連のスティグマや差別は、HIVやその他の健康上の脅威を悪化させ、健康を守るために必要な情報の入手やサービスの利用を妨げることで、害を及ぼし続けています。

多くの国が法制度のためにHIV対策の対象となる人びとを守れずにいます。同性間の性関係、セックスワーク、薬物使用を犯罪とみなすことが、差別や嫌がらせ、暴力に許可を与え、キーボピュレーションを孤立させ、重要なサービスへのアクセスを妨げているのです。HIVの非開示、曝露、または感染を過度に広く犯罪として扱うことで、人びとが自らHIV感染の有無を知り、HIVサービスを利用することを阻んでいます。

HIV関連のスティグマと差別のレベルについては、集団調査により、一般社会に広く差別的な態度が存在することが明らかにされています。また、HIV陽性者とキーボピュレーションに対し、過去12カ月の間にスティグマや差別を経験したことがあるかどうかを尋ねる調査も進められています。国やコミュニティが差別ゼロの達成を目指し、スティグマと差別の監視を強める努力が続けられているのです。

集団調査で得られた最新のデータによると、HIV陽性者に対する差別的態度（HIV陽性者の店で野菜を買うかどうかで測定）は確実に減少を続けている国もあれば、リバウンドして増えている国もあります。たとえば、東部・南部アフリカ地域では差別的な態度が歴史的に低いレベルまで下がった国もいくつかあります。しかし、成人の大多数がHIV陽性者に差別的な態度を保持している国はどの地域にもあります。2種類の差別的態度を含む複合指標について、最近のデータが得られた36カ国のうち25カ国は、15歳～49歳の50%以上がHIV陽性者に差別的な態度を持っていると報告しています。

HIV陽性者への調査によると、保健医療施設には、診療やケアの拒否、見下した態度、強制的手続き、個人情報の侵害といったかたちで、スティグマと差別が驚くほど根強く、そして広く残っています。こうした差別やスティグマが、HIV陽性者にとっては自らの感染を知り、ケアを受けることを妨げているのです。保健医療提供者によるお粗末な対応によって、HIV陽性者が治療を継続し、

自らの健康状態を維持するとともに、他の人にHIVが感染するリスクを下げることもできるよう、体内のウイルス量を抑えることも困難になります。

データが得られた13カ国の調査では、過去12カ月に少なくとも1度はHIV感染を理由に医療サービスを拒否された経験があると答えているHIV陽性者の割合は、最も少ないマラウイで1.7%、最も多かったペルーとタジキスタンでは21%でした。強制的な医療手続きや保健医療従事者による守秘義務違反（データが得られた13カ国中8カ国で少なくとも15%の人が報告）も広く見られます。また、一定のかたちの避妊を行うことが抗レトロウイルス治療を受ける条件だったと報告したHIV陽性者もかなりの割合を占めていました。

- Ability to obtain antiretroviral therapy conditional on the use of certain forms of contraception
- Health-care professional has ever told other people about their HIV status without their consent
- Forced to submit to a medical or health procedure (including HIV testing) because of their HIV status in the past 12 months
- Denied health services because of their HIV status at least once in the last 12 months

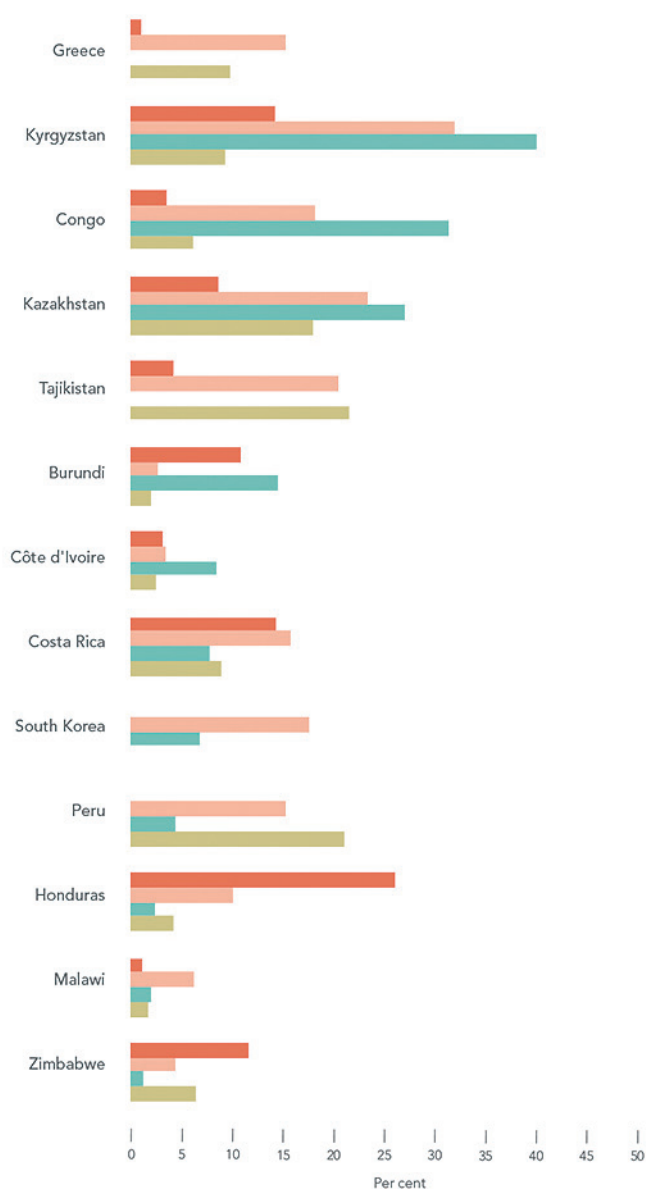


表 1.9 保健医療の場で複数のかたちの差別を受けた経験があるHIV陽性者の割合（データが得られた国からの報告）、2013-2018

Source: People Living with HIV Stigma Index surveys, 2013-2018.

第2章

2020年のコミットメント(約束)

データのポイント

自分の感染を知っているHIV陽性者は**5人中4人**。治療を受けている人は3人のうち2人。そして体内のウイルス量が抑えられている人は59%。

治療を受けている**HIV陽性の子供は53%**にとどまっている。

13カ国中6カ国が、**少なくとも2つのHIV予防サービスを利用できる**と答えたトランスジェンダー女性は半数に満たないと報告。

優先15カ国で2019年に男性器包皮切除を受けた**成人男性・少年は420万人**。

低・中所得国における2019年のHIV対策資金は2017年より**7%減**。

国連加盟国は2016年の国連総会で、2030年までに3つのゼロを達成し、公衆衛生上の脅威としてのエイズの流行を終結させることに合意しました。そのためには人権を尊重し、HIVサービスが実施可能な環境を整えてサービスの拡大を促す必要があります。総会で採択されたエイズ終結に関する国連政治宣言には、10項目のコミットメント（約束）が含まれていました—2020年までに達成すべき高速対応ターゲットです。その達成状況には、成功と失敗が混在しています。

地理的、経済的、あるいは流行の状態の観点からも多様な国々が、これらのコミットメントの多くを達成、あるいは達成に近い状態になっています。しっかりとした政治的意思と資金、そしてコミュニティの関与があれば、大胆な目標に到達できることを証明しているのです。しかし、高速対応に向けて野心的な行動をとっても目標を達成できなかった国はもっとたくさんあります。そして、国によってはHIVの流行が拡大し続けるのを許し、避けられるはずの感染と死を増やす結果を招いてしまいました。

高速対応コミットメント

1. 2020年までに90-90-90ターゲットを達成し、3000万人のHIV陽性者に治療へのアクセスを確保する。

2. 子供の新規HIV感染を2020年までになくす。そのためには2018年までに160万人の子供にHIV治療へのアクセスを確保する。

3. 2020年までに曝露前予防内服（PrEP）、自発的男性器包皮切除、ハームリダクション、コンドームといったコンビネーション予防の選択肢へのアクセスを少なくとも90%の人、とりわけHIV陽性率が高い国における若い女性と思春期の少女、キーポピュレーション—ゲイ男性など男性とセックスをする男性、トランスジェンダーの人たち、セックスワーカーとその客、注射薬物使用者、受刑者などに保障する。

4. 2020年までにジェンダーによる不平等をなくし、女性・少女、HIV陽性者、キーポピュレーションに対するすべてのかたちの暴力と差別を終わらせる。

5. 思春期の少女と若い女性のHIV新規感染者数を年間10万人以下に抑えるため、2020年までに90%の若者がHIVから自らを守るスキルと知識、能力を獲得し、性と生殖に関する健康サービスを受けられるようにする。

6. 2020年までに、HIV陽性者、HIV感染のリスクに曝されている人、HIVに影響を受けている人の75%が、HIVに配慮した社会保護制度の恩恵を受けられるようにする。

7. 2020年までに、すべてのサービスの少なくとも30%はコミュニティ主導で提供する。

8. 2020年までに、HIV分野の投資を年間260億ドルに増やし、その4分の1はHIV予防、6%は社会的支援にあてる。

9. HIV陽性者、HIV感染のリスクに曝されている人、HIVに影響を受けている人が自らの権利について知り、人権侵害の予防と解決のための裁判および法的サービスへのアクセスを得られるようにする。

10. エイズの孤立を脱し、人を中心にしたシステムを通して結核、子宮頸癌、B型肝炎、C型肝炎の治療も含めたユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現を目指す。

HIV 検査と治療カスケード

HIV 検査と治療の成果

90-90-90ターゲットに向けた成果を反映して、これまで以上に多くのHIV陽性者が自らの感染を知り、抗レトロウイルス治療を受け、その結果、体内のウイルス量を抑えられるようになっていきます。90-90-90ターゲットは以下の目標です：

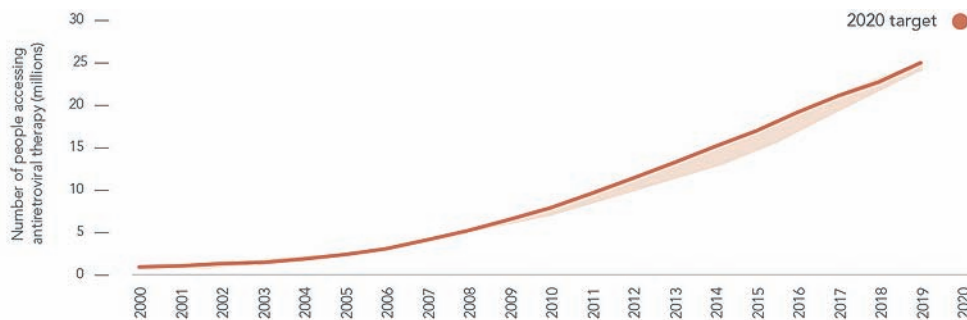
HIV陽性者の90%が自らの感染を知る。

自らの感染を知るHIV陽性者の90%が治療につながる。

治療を開始した人の90%が体内のウイルス量を低く抑えている。

3つの90がすべて達成できれば、HIV陽性者の73%が体内のウイルス量を極めて低い状態に保つことになります。2019年の世界のHIV陽性者は推定3800万人 [3160万-4450万人]で、このうち推定2540万人 [2450万-2560万人]が抗レトロウイルス治療を受けています。2010年当時の3倍以上です。目覚ましい成果ではありますが、2020年末までに世界全体で3000万人が治療を受けられるようにするというターゲットは達成できそうにありません。

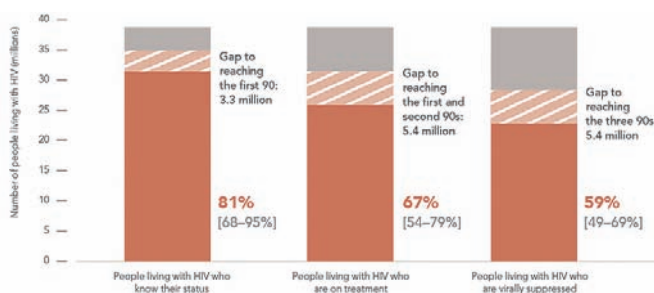
図2.1 抗レトロウイルス治療へのアクセスがあるHIV陽性者数、世界全体、200-2019



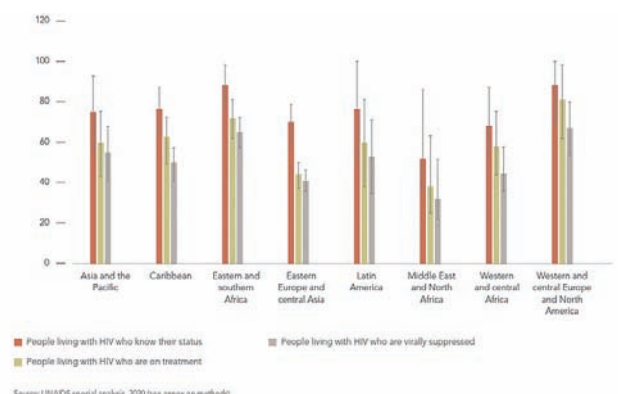
Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>); UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>).

HIV検査と治療のカスケードはすべての段階で大きな成果を上げてきました。2019年末時点では、HIV陽性者の81% [68-95%]が自らの感染を知り、3分の2以上 (67% [54-79%])が治療を受け、ほぼ59% [49-69%]がウイルス量の抑制を実現しています。治療効果の向上や自らのHIV感染を知る人、治療を受ける人の増加などが、全HIV陽性者のうち体内のウイルス量を抑えられている人の割合を2015年から2019年の間に44%（または18%ポイント）も増やす要因になりました。

図 HIV検査と治療のカスケード、世界全体、2019



Source: UNAIDS special analysis, 2020 (see annex on methodology).



Source: UNAIDS special analysis, 2020 (see annex on methodology).

いったん治療を始めれば、ほとんどのHIV陽性者が治療にとどまり、ウイルス量を抑制することができます。抗レトロウイルス薬の改良と患者に合わせた分化型ケアの両方の効果が反映されているからです。90-90-90ターゲットの3番目の90—治療を受けている人のうち持続的にウイルス量が抑制できている人の割合—に向けた成果は、2019年の段階で88% [71–100%]に達しています。2番目の90に向けた成果である自らのHIV感染を知った人のうちの治療を開始した人の割合も82% [66–97%]となっています。しかし、検査と治療のカスケード全般を通し、それぞれのギャップがあるため、ウイルス量が抑制されていないままのHIV陽性者は世界全体で1570万人と推定され、この人たち自身の健康が脅かされるとともに、さらなるHIV感染の拡大を促すことにもなっています。

図 90-90-90ターゲットに向けた進展状況、世界全体、2019



Source: UNAIDS special analysis, 2020 (see annex on methods).

世界全体でみても、およびほぼすべての地域でも、抗レトロウイルス治療を受けている人の割合は男性より女性の方が多くなっています。2019年時点の治療の普及率は世界全体で、男性の方が女性より12パーセントポイント低い状態です。男女間のギャップは西部・中部アフリカ地域が最も大きく（女性67%、男性49%）、一方で西欧・中欧・北アメリカ地域ではどちらも81%となっています。

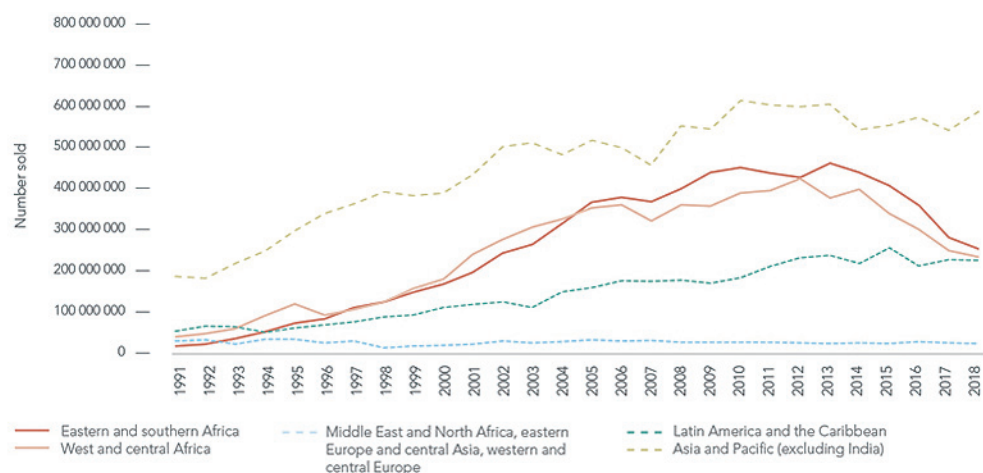
コンビネーション予防

HIV予防のコンビネーション・アプローチは、行動学的、生物医学的、構造的なアプローチを含み、予防サービスを最も必要としている人たちのそれぞれのニーズに合わせた対応をとることで、感染を急激に減らすことが可能になります。2017年に世界HIV予防連合が発足したことで、参加国は世界的な予防ターゲット達成に向けた決意を新たにしました。それでも、大きなギャップは残ったままです。

若い女性のコンドーム使用率の低下

サハラ以南のアフリカでコンドームのソーシャルマーケティング・プログラムに対する資金が減り、コンドームの売上が減少していることは、2010年以降、コンドーム需要の創出に対する関心が低下し、家族計画サービスでコンドーム使用が強調されなくなり、コンドームプログラムの推進力が弱まっていることを象徴的に示しています。コンドーム使用の面でも世界は90%ターゲットに遠く及ばない状態です。性的に活発な若い世代は10年前と異なり、集中的なコンドーム促進のメッセージを受けることはありません。感染リスクの高い直近の性行為の際にコンドームを使用したと答えている若い女性（15-24歳）は、西部・中部アフリカの5カ国および東部・南部アフリカの3カ国で減少しています。感染リスクの高い性行為でコンドームを使用したと答えている男性（15-49歳）も9カ国中5カ国で減少しました（前回の調査との比較）。

図 ソーシャルマーケティングを通した男性用コンドームの売上、地域別、1991-2018

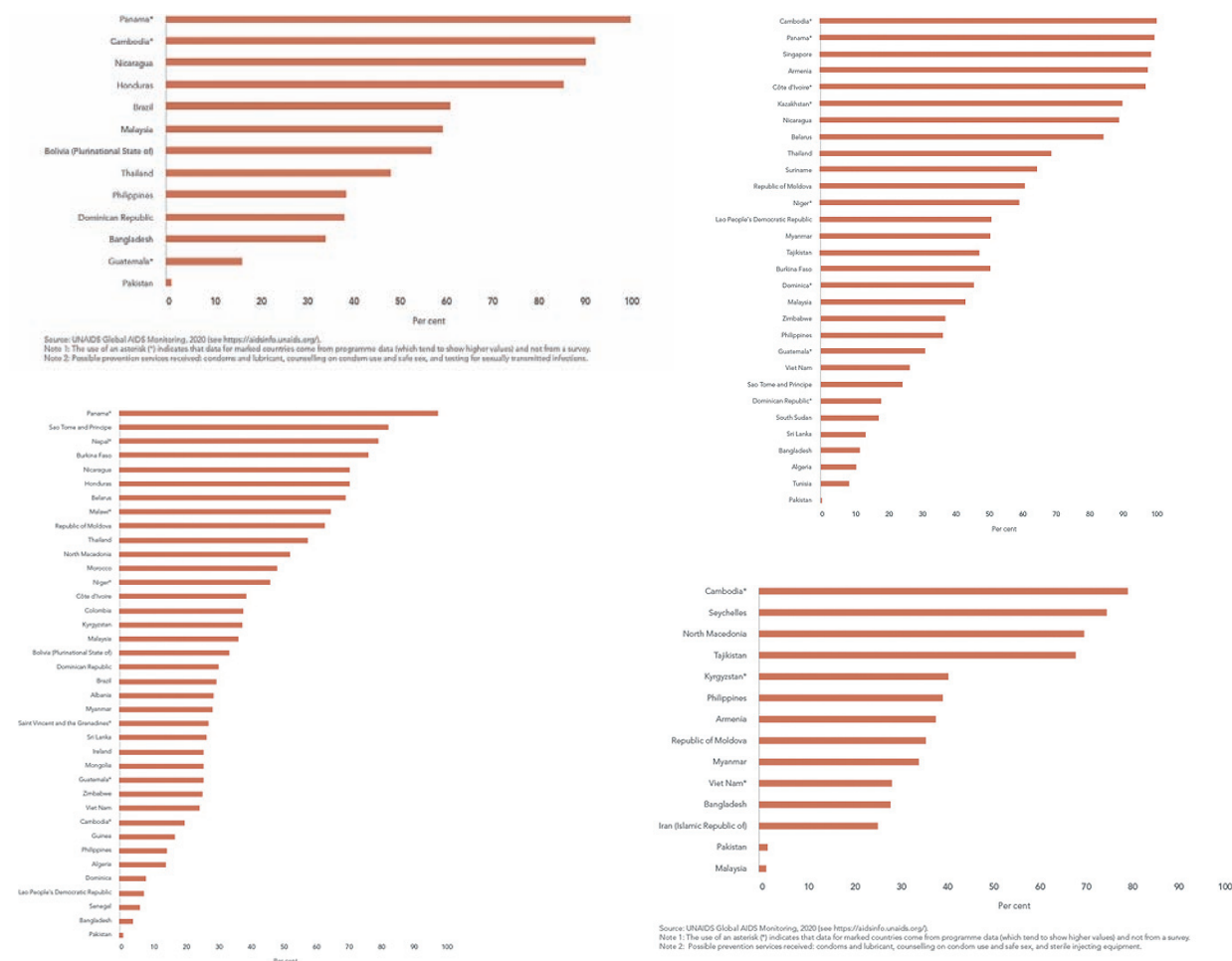


Source: Contraceptive social marketing statistics, 1991–Present. In: DKT International [Internet]. Washington (DC): DKT International; c2020 (<https://www.dktinternational.org/contraceptive-social-marketing-statistics/>, accessed 2 May 2020).

キーポピュレーションに向けたコンビネーション予防

キーポピュレーションにおけるコンビネーションHIV 予防の選択肢へのアクセスは国によって大きく異なり、しかも世界的に不十分な状態です。2016年以降の調査で、UNAIDSに報告があった13カ国中6カ国では、過去3カ月に少なくとも2種類のHIV 予防サービスを利用することができたと回答しているトランスジェンダー女性は半数以下でした。また、女性セックスワーカーについて報告があった30カ国中16カ国、ゲイ男性など男性とセックスをする男性について報告があった38カ国中26カ国、注射薬物使用者の男性から報告があった14カ国中10カ国でも、同様の結果でした。

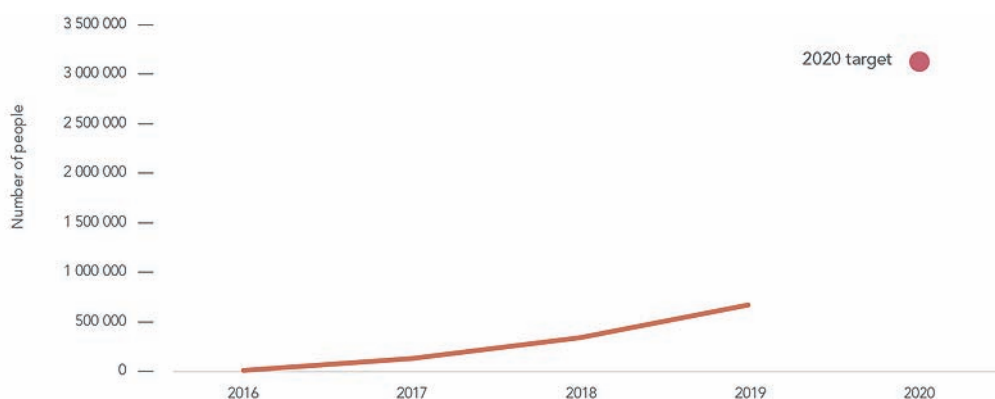
図 過去3カ月に少なくとも2つの予防サービスを受けたと答えているトランスジェンダー女性の割合、データが得られた国の情報、2016-2019



曝露前予防内服（PrEP）

過去1年間に少なくとも1回はPrEPを受けたと答えている人はここ数年、劇的に増加しています。2016年には2000人以下でしたが、2019年には59万人を超えました。PrEPが広く利用可能な北アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリアの数都市では、この比較的新しい予防ツールが、ゲイ男性など男性とセックスをする男性のHIV感染の急激な減少につながっています。しかし、世界全体の普及率は、300万人がPrEPを受けるという2020年ターゲットには遠く及ばない状態です（追加分析は第5章で）。

図 報告期間中に少なくとも1度はPrEPを受けた人の数、世界全体、2016-2019



Source: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2017–2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>); Country Updates. In: PrEPWatch [Internet]. AVAC; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates/>); amfAR: PEPFAR Monitoring, Evaluation and Reporting Database [Internet]. amfAR; c2020 (https://mer.amfar.org/Manual/PrEP_NEW/); Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P et al. Estimating the “PrEP Gap”: how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and central Asia in 2019. *Eurosurveillance*. 2019;24(41); and country documents and meeting reports (available on request).

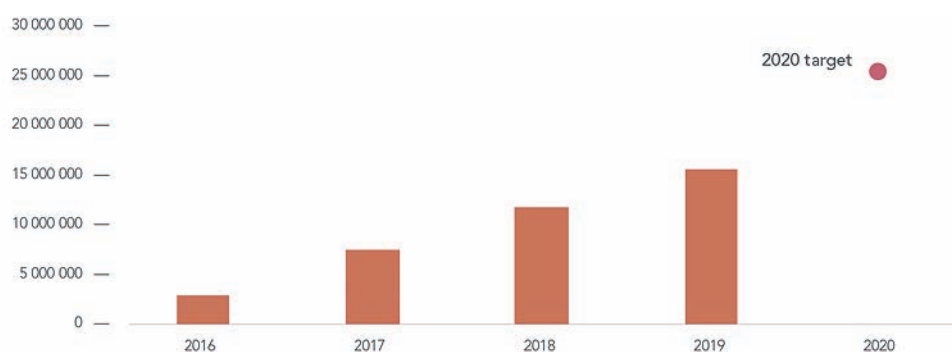
自発的男性器包皮切除

自発的男性器包皮切除（VMMC）は限定的ですが、生涯における女性から男性へのHIV感染予防策になります。異性愛者の男性のHIV感染の可能性はだいたい60%減らすことができるのです。VMMCはまた、男性と少年に対し、健康改善をはかるためのより広範な健康プログラムのパッケージを提供する入り口にもなります。HIV陽性者に対する治療の普及および体内のウイルス量抑制と組み合わせれば、VMMCの効果が極めて大きくなることがエビデンスで示されています。

2016年にプログラムが開始されてから2019年末までに、優先15カ国では1500万人以上の男性と少年が自発的かつ医学的な包皮切除を受けています。2019年だけでも420万人です。年齢別データの報告があった優先12カ国では、VMMCを受けた人の約40%は10-14歳でした。

優先国中、タンザニアではほとんどのVMMCが2019年に実施（約80万件）されています。優先15カ国でみると、年間件数は2017年から比較的安定しているものの、2020年ターゲットには2016年からの合計で2500万人分が不足しています。

図 自発的男性器包皮切除の合計実施件数、優先15カ国、2016-2019



Source: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>).
Note: The 15 priority countries are: Botswana, Eswatini, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, South Africa, South Sudan, Uganda, the United Republic of Tanzania, Zambia and Zimbabwe.

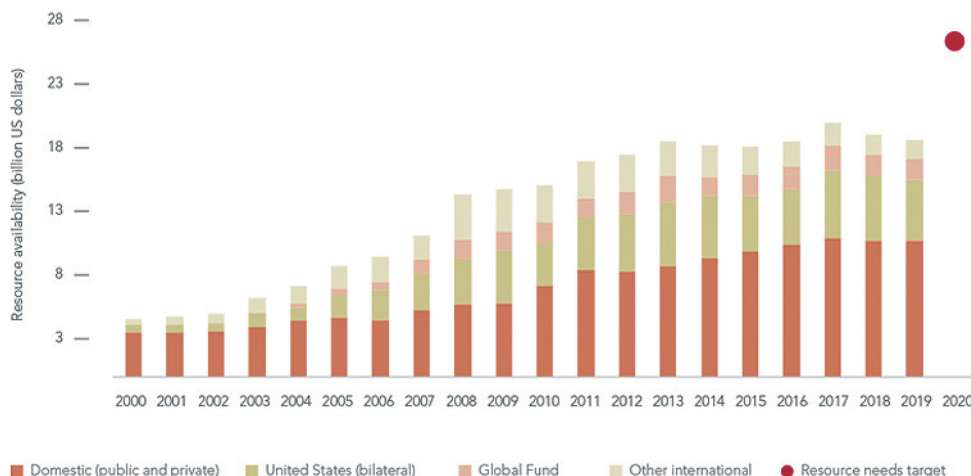
資金のギャップ

HIV 対策の資金ギャップは広がっています。2000年のミレニアム開発目標（MDGs）の合意後に生まれた勢いは、SDGの時代には失われました。低・中所得国におけるHIV対策資金の増加は2017年に止まり、2019年（2016年米ドル換算で186億ドル）は2017年より7%減少しています。これらの国で2019年に使えた資金の合計額は、国連総会で設定された2020年ターゲットの70%にとどまっているのです。

低・中所得国のHIV対策に対する国内投資は2010年当時と比べると50%増えています。この増加も2017年がピークで以後は2%の減少に転じています（インフレ調整後の実質額）。世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）による資金支援は2010年と2017年の間に26%増えています。その後2年間で15%減少し、9年間の合計では7%の増加となっています。これらの国に対する米国の二国間援助は—主に米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）を通して—2010年から2017年の間に50%増となり、その後、2年間は8%の減少になりました。2010年からの増加は38%です。他の国際資金の増加は2010年と2019年の比較で50%減っています。こうしたトレンドは、ほとんどの二国間ドナーがここ数年、世界のHIV対策への資金貢献を大きく減らしているという事実を反映するものです。英国はHIV分野では世界で二番目の政府開発援助国なのですが、2018年には前年より二国間援助資金を30%削減し、2019年も2018年レベルの資金にとどまっています。

さらなる資金分析のデータは、低・中所得国のHIV対策の資金源が2010年以降、いかに大きく変化したかを示しています。国内資金の割合は2010年には47%でしたが、2019年には57%に増えています。米国からの二国間資金はこの間に23%から26%へと増えたものの、グローバルファンドからの資金は11%だったのが9%に減り、他の国際ドナーからの資金は2010年にHIV資金合計額の20%を占めていたのが2019年にはわずか8%になっています。

図 低・中所得国で利用可能な資金額と主な資金源、2000-2019および資金ニーズの2020年ターゲット



Source: UNAIDS financial estimates, July 2020 (see <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
Note: Constant 2016 US dollars.

同じ期間（2010-2019年）にHIV対策の資金は、西部・中部アフリカ地域、カリブ地域、中東・北アフリカ地域を除くすべての地域で増えています（詳細は地域別概要参照）。

HIV対策の多くを国内資金で賄ってきたラテンアメリカ地域では、利用可能な資金は2015年から2019年の間に38%増えています。西部・中部アフリカ地域では、対照的に14%減りました。米国とグローバルファンドを除けば、国際資金が急激に落ち込み（59%）、国内のHIV投資も18%減少したからです。グローバルファンドおよび米国の二国間援助は2010年から2019年の間に次第にサハラ以南のアフリカに焦点を当てるようになっていきます（追加分析は第5章参照）。低・中所得国の資金ギャップが大きい地域は2019年の場合、西部・中部アフリカ（32%）、アジア太平洋（26%）、東欧・中央アジア（17%）でした。

低・中所得国のHIV対策支出で最も大きいのは、HIV検査と抗レトロウイルス治療です。国連加盟国は2016年、HIV予防にもっと関心を払う必要があることを認識し、HIV資金の4分の1を予防にあてることで合意に達しています。エビデンスを考慮した一次予防プログラムに対する支出割合は、国内のHIV陽性者数や一人当たりの抗レトロウイルス治療コスト、その他の要因が異なるので、国によって様々です。ミャンマーでは、2017年のHIV支出の24%が一次予防に回され、そのほとんどは最もサービスを必要としている人口層に焦点をあてたHIV予防に向けられています。世界で最も多くのHIV陽性者が治療を受けている南アフリカでは、2018年のHIV支出全体のうち一次予防への支出は約9%でした。HIV資金のかなりの部分を効果の薄い予防策に使っている国もあります。

第3章

パンデミック対策の相乗効果

データのポイント

HIV 治療が6カ月、中断すれば、サハラ以南のアフリカだけでエイズ関連の疾病による死者がさらに**50万人以上増える**。

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）は各国のCOVID-19対策を支援するため最大**10億ドル**の資金を用意。

少なくとも101カ国が抗レトロウイルス治療を安定的に続けている人には3カ月処方認めている。また14カ国では6カ月分を供給している。

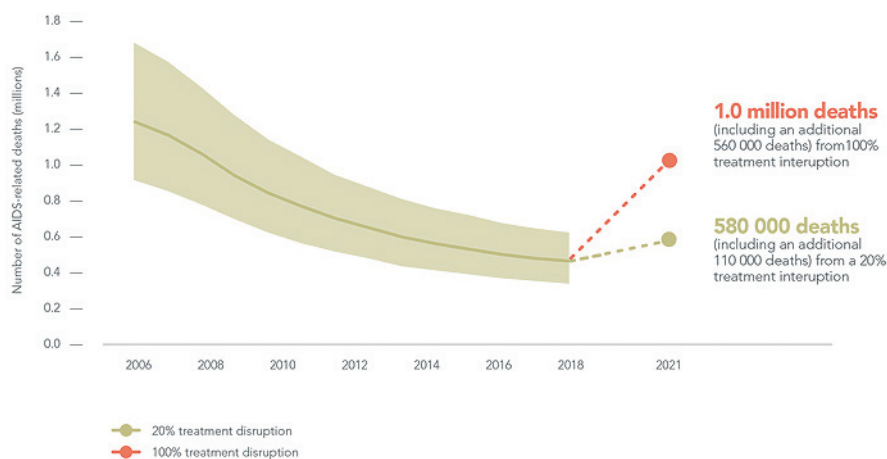
現在の複数月処方の方針が完全に実施されれば、クリニック訪問は**推定で28%**減らすことができる。

COVID-19パンデミックは世界の人びとの命と生活に影響を与えています。しかも、その影響は、社会経済的に不利な立場に置かれ、社会から排除されやすい人たちが基礎疾患を抱えている人たちにとりわけ厳しくなっています。HIV陽性率が高いサハラ以南の国々にコロナウイルスが広がるにつれ、HIV陽性者や活動性結核の患者はCOVID-19関連の罹患、死亡リスクが高くなるというエビデンスが示されつつあります。

COVID-19の拡大が保健システムの対応能力を超えてしまうこと、そしてロックダウンにより移動や経済活動が制限されることで、HIV陽性者やHIV感染の高いリスクに曝されている人たちが保健サービスやHIVサービスを受けられず、生命に関わる事態に直面しているのです。自発的男性器包皮切除、コンドームの製造・配布、曝露前予防内服（PrEP）、HIV検査と治療、および他のプログラムすべてに悪影響が出ています。

最新のモデル試算では、抗レトロウイルス治療が6カ月、中断すれば、2020-21年のエイズ関連疾病（結核を含む）による死者はサハラ以南のアフリカだけでさらに50万人以上（47万1000-67万3000人）増えると推計されています。同じようにHIVの母子感染予防のサービスが6カ月、停止すれば、新生児のHIV感染はマラウィ、ウガンダ、ジンバブエで倍以上に増え、モザンビークでは83%増えることになります。

図 6カ月の治療中断がエイズ関連の死亡の増加に及ぼす影響、サハラ以南のアフリカ、2020-2021



Sources: UNAIDS epidemiological estimates, 2019. Projected estimated AIDS-related deaths and child new HIV infections were derived from mathematical modelling by five research groups exploring disruptions of HIV prevention and treatment services over periods of three and six months and their effect on HIV mortality and incidence in sub-Saharan Africa. For the 100% disruption: pre-print manuscript available at: Jewell B, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A, Smith JA et al. for the HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscript before publication. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>. The 20% disruption projection was produced by Britta L Jewell, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London; Edinah Mudimu, Department of Decision Sciences, University of South Africa; John Stover Avenir Health; Debra ten Brink, Burnet Institute; Andrew N Phillips, Institute for Global Health, University College London; 25 June 2020.

こうしたサービスが6カ月の間、完全に止まってしまうというのは極端なシナリオですが、ロックダウンによるHIVサービスの混乱とCOVID-19が保健システムにもたらす大きな負担は、実際にすでに発生しています。例えば、ザンビアでは、米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の助成を受け、軍事施設の近くで約4万6000人に抗レトロウイルス治療を提供していたプロジェクトが、部分的ロックダウン導入の数週間前から、HIV検査と治療のサービスを維持するために特別の措置をとっています。診療所で



患者とのコミュニケーションを強化し、HIV治療薬や検査キットの在庫とサプライチェーンの点検を行うことがそうした措置に含まれていました。それでも部分的ロックダウンが始まると、このプロジェクトでHIVの感染診断を受け、HIV治療を開始する人、そして治療を受けているHIV陽性者の数が急速に減少しています。ロックダウン前およびロックダウン中の調整作業は終わり、サービスは数週間以内に復活しました。それでも、危機以前のレベルに完全に戻ったわけではありません。

各国や各地域で同じようなシナリオがあることは、世界のHIV対策が2020年のコミットメントからさらに大きな後れをとることを示しています。例えば、COVID-19パンデミックにより、6カ月の間にHIV陽性者の抗レトロウイルス治療が20%妨げられた場合でも、エイズ関連の疾病による死者はさらに11万人以上増えることになります。

コミュニティや都市や国家が新たなパンデミックに対応するには、HIVサービスや他の重要な保健サービスを維持しなければなりません。世界中の国が混乱を最小限に抑えるためにHIV対策の改革を急がなければならないのです。同時にHIV対策の経験と投資を活用し、システムの強化と経験から学んだ教訓を生かす必要もあります。政治のリーダーシップやコミュニティの積極的な関与、人権の尊重を基本にした分野横断的なアプローチ、エビデンスに基づく行動などを重視するという教訓です。

HIV対策のリーダーシップと教訓を 新たなパンデミックに生かす

それぞれの国がCOVID-19パンデミックの拡大に対応する中で、HIV対策のリーダーシップと人的資源、社会基盤を活用しています。国内のHIV対策の経験者がCOVID-19対策の調整役を務めている国は何十カ国もあります。南アフリカでは、HIV予防研究の世界的な指導者がCOVID-19対策の医学諮問委員会の委員長となり、国のエイズ対策調整局長が政策調整を助けています。米国ではCOVID-19対策の司令塔役にPEPFARの責任者や抗レトロウイルス治療を推進した政府研究機関の所長が含まれています。アンゴラ、ブラジル、中国、コンゴ民主共和国、エチオピア、グアテマラ、ギニア、イラン、ケニア、マラウイ、メキシコ、ナイジェリア、ザンビアなどでは、国のエイズ対策責任者やコーディネーターがCOVID-19でも対策の策定や意思決定機関のメンバーになっています。

国際的なエイズ対策のパートナーシップもCOVID-19対策に取り組んでいます。40年近くにわたり世界で最も大きなHIV関連の国際会議を開催している国際エイズ学会（IAS）は、パンデミック初期段階における最新の科学的知見を共有するためバーチャルCOVID-19国際会議を主催しました。HIVの流行に対応するため5カ国政府が創設した多国間医薬品市場形成組織であるユニットエイド（国際医療品購入ファシリティ）は、COVID-19のワクチン、診断、治療へのアクセスを確保する国際的な枠組み作りに積極的に取り組んでいます。世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）は、COVID-19と闘う低・中所得国を支援するため、10億ドルの資金を使えるようにしました。



コミュニティのリーダーシップと関与

コミュニティのリーダーシップと関与はいまもHIV対策の大きな特徴です。その対策に貢献してきた各地方、国、地域、および国際的なコミュニティ組織は、COVID-19対策にも素早くエネルギーと経験を投入しました。市民社会グループは、COVID対策が人権に基づき、ジェンダーに配慮したものであること、そしてレズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダー・インターセックス（LGBTI）の人びとなど社会的に排除されがちなコミュニティに対する偏見と先頭に立って闘ってきました（詳細は第3章を参照）。コミュニティはまた、COVID-19対策をリードし、誤った情報やスティグマの拡散を防ぎ、弱い立場の人たちに必要な物資を届け、それぞれの地元で支援のシステムを組織しています。

コミュニティに権限を与え、連携することで、政府機関だけでは実現できなかった成果や、影響力、公平性が実現できるようになります。HIVと健康に関する西部・中部アフリカ市民社会研究所が160の市民社会組織を対象に行った最近の調査によると、HIVに焦点を当てた組織の過半数（72%）は、すでに一般の人たちに対しCOVID-19への関心を高めるための活動に取り組んでいます。そのための資金はごくわずかであるか、まったくない状態にもかかわらず動き始めているのです。ニューヨーク市内では、ホームレスのHIV陽性者に住宅を確保する支援活動のモデルを開拓した非政府組織ハウジングワークスが、COVID-19陽性となったホームレスの人たちのために2つのシェルターを開設しました（10）。ブルキナファソでは、コミュニティベースのHIV組織がCOVID-19の対応に取り組んでいます。利用者に合わせた分化型アプローチでコミュニティを動員し、COVID-19と診断されたあと連絡が取れなくなった人たちに再び対応できるようにしています。

検査機関と戦略的情報システム

HIV対策資金で開発された専門知識や分析の能力、調査と監視のシステムは、COVID-19対策にも大きく貢献できる可能性があります。実際にそうした貢献例はアルゼンチンなどいくつかの国ですで見ることができます。アルゼンチンでは国のHIV対策の監視と研究にあたるコーディネーターが、COVID-19疫学委員会の委員にもなっているのです。

COVID-19対策は、HIV投資で大幅に拡張、改善がなされた検査システムからも直接の利益を受けています。たとえば、HIVと結核のプログラムで調達されたGeneXpertマシンはCOVID-19の検査にも使われています。PEPFARは2018年、サハラ以南のアフリカを中心にHIVの影響を受けている国の検査室システム整備を支援するために1億4100万ドルを提供しました。世界保健機関（WHO）は、グローバルマーケットでCOVID-19対策に不可欠な物資の供給不足が起きないように3つのコンソーシアムを設立しました。特に資金が厳しい低・中所得国への対応を重視しています。アフリカ連合とアフリカ疾病予防管理センターによる新しいPACT（アフリカでのCOVID-19検査を加速するパートナーシップ）はUNAIDSと協力してアフリカにおけるCOVID-19の診断と接触者調査を支援するため、HIV対策に基づくコミュニティのつながりとHIV定点監視サイトを活用しています。

COVID-19 パンデミックにおけるHIV サービスの適用

COVID-19のパンデミックに伴う激動の中で、HIV対策が切り開いてきた人びと中心のアプローチは、サービスを必要とする人に到達する能力を示してきました。そして、その能力はいま、さらに広く採用されつつあります。

利用者の自主的な判断とセルフケアを強調し、医療施設との物理的な接触を最小限に抑えるというHIVサービス提供のモデルは、COVID-19の流行でとりわけ重要性を増しています。医療施設はCOVID-19患者の流入を管理し、他の利用者をCOVID-19の感染リスクに曝すことなく、重要な医療サービスを維持する必要があるからです。

COVID-19危機の間、カンボジアではピアカウンセラーがHIV治療の維持を助ける

カンボジアの首都プノンペンにあるクメール・ソピエト友好病院では、HIVクリニックの待合室の椅子が互いに数メートル離れるよう注意深く配置されています。座っている患者もCOVID-19の感染を防ぐためにフェイスマスクを着用しています。小さな受付の机の後ろには数人の女性がいます。診療所の重要なスタッフで、HIV陽性者でもあります。抗レトロウイルス薬使用者協会（AUA）のメンバーとして、HIV陽性者のカウンセリングや治療に関する知識とサポートを提供しているのです。

HIVの自己検査は、検査を受ける状況を自分で選択できるので、保健施設の混雑を緩和し、感染のリスクが高い人には検査を受けやすくなる利点があります。ブルンジ、エスワティニ、グアテマラ、ミャンマーなどが、COVID-19パンデミックの間のHIV自己検査拡大を報告しています。



セアリー・ソーは、HIVと共に15年間、生きてきたAUAカウンセラーです。「カウンセリングのサービスは毎日、提供しています」と彼女は話しています。「COVID-19に感染するのではないかと不安はあります。でも仕事に来ることはやめませんでした」

クメール・ソピエト友好病院はカンボジアで最初のHIV治療施設でした。いまは国のCOVID-19センターとして、新たなパンデミックと闘う旗艦施設となっています。セアリーの家族はCOVID-19の大流行の間も彼女が仕事を続けることを心配しています。それでも彼女は続けてきました。「家族はみな、抗レトロウイルス治療のクリニックで働くのをやめるように言います。子供たちからは早く家に帰ってきて、と言われます」

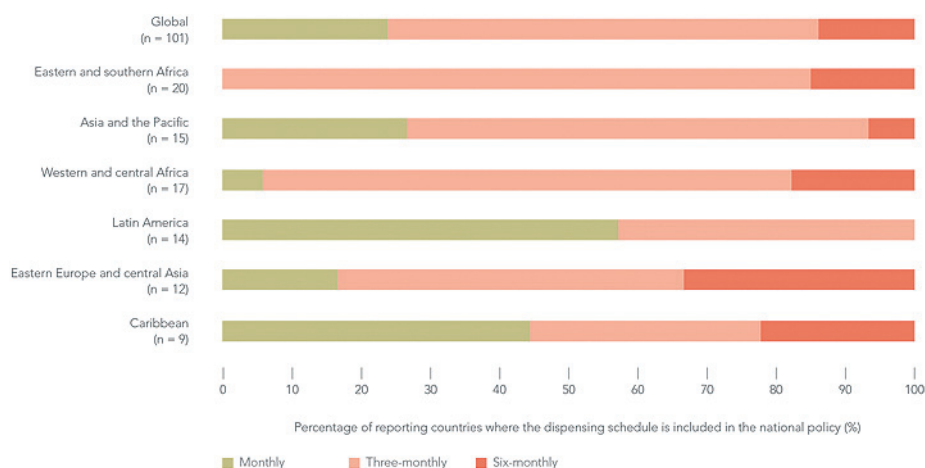
フェイスマスク、手袋、アルコール消毒剤の使用などの予防措置をとり、新型コロナウイルスに感染したり、自分から患者や家族、近所の人などに感染したりしないように気を付けています。そうしたレベルの警戒をすることで、カンボジアはCOVID-19の拡大を大きく抑えることができました。2020年6月上旬の段階で感染が確認された人は126人、死亡例はゼロでした。

危機をHIV治療薬の複数月処方の機会に変える

危機はイノベーションの加速装置でもあります。個人や家族、組織、社会が社会的距離とロックダウン政策の新しい現実に適応するにつれて、COVID-19の危機は様々なイノベーションを加速させました。コミュニティと国と世界のレベルにおけるHIV対策も例外ではありません。HIV陽性者がCOVID-19パンデミックの間も途切れることなく治療薬の服薬を続けられるようにするため、抗レトロウイルス薬の複数月処方と調剤にシフトする国が増えています。

複数月調剤のように、人を中心にして、利用者に合わせた分化型アプローチを工夫することは、HIV陽性者が治療を続け、医療システムの適応力を高め、医療施設の負担を軽くし、その分の費用を他の優先課題に回せるようになります。抗レトロウイルス薬をきちんと得るためにクリニックをしばしば訪れることは、患者にとって時間的にも費用の面でも負担が大きいのですが、複数月調剤ならその負担は軽くなります。また、医療施設側の作業も軽減されます。COVID-19危機のもとでは、医療従事者と患者の双方にとって、新型コロナウイルスに感染する可能性を減らすことにもなります。

図 抗レトロウイルス治療薬補充のための各国の調剤スケジュール政策、地域別、2019



Source: 2020 WHO Policy Data

Note: For each country, the maximum possible monthly dispensing schedule is reported.

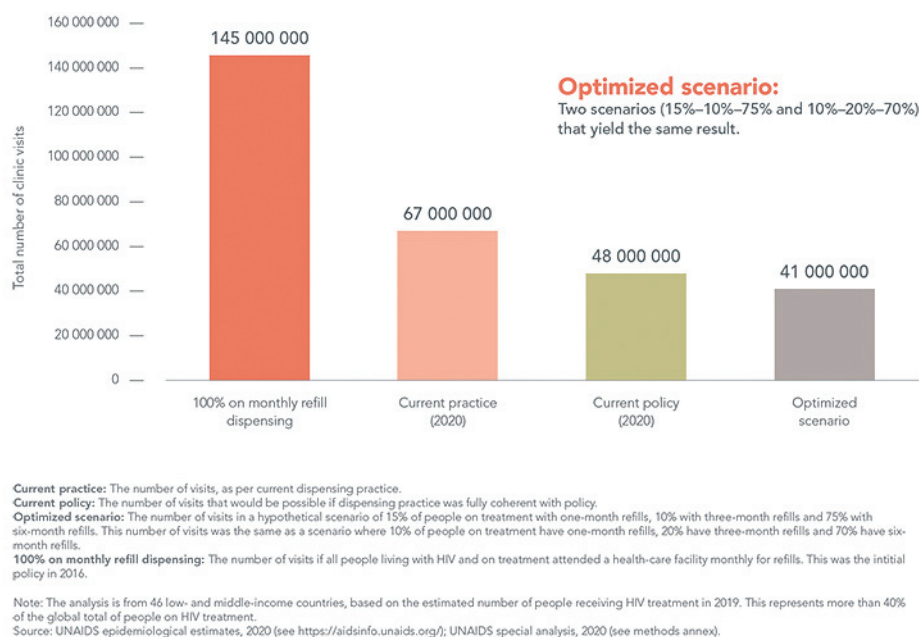
Note: The western and central Europe and North America region is not included. The region accounts for 7% of the global total of people on HIV treatment.

Note: The Middle East and North Africa region is not included. The region accounts for <0.5% of the global total of people on HIV treatment.

UNAIDSによる46カ国の治療データの分析では、複数月調剤政策の実施により、診療訪問数がすでに半分以下になっており、医療システムとHIV陽性者双方の時間と費用が大きく節約されたことを示しています。現在の複数月調剤政策が完全に実施されれば、クリニックへの通院はさらに28%削減されます。これらの国で治療を受けているHIV陽性者の70%が一度に6カ月分の抗レトロウイルス薬の供給を受けられるようになるという最適化シナリオを想定すると、その結果、抗レトロウイルス薬関連の医療施設への訪問は年間2600万件、39%の削減となります。

抗レトロウイルス薬の十分な在庫がある国に対し、UNAIDSは複数月調剤に切り替え、その期間を延長することを勧め、必要なサポートサービスとシステム（電話またはオンラインの服薬継続サポートとアドバイスなど）を整えるようアドバイスしています。COVID-19パンデミックのもとでは、結核やウイルス性肝炎、非感染症などの他の治療プログラム、およびオピオイド薬物依存の代替療法についても、複数月調剤を考える必要があります。たとえば、レソトでは、3カ月分の結核治療を受けることができます。

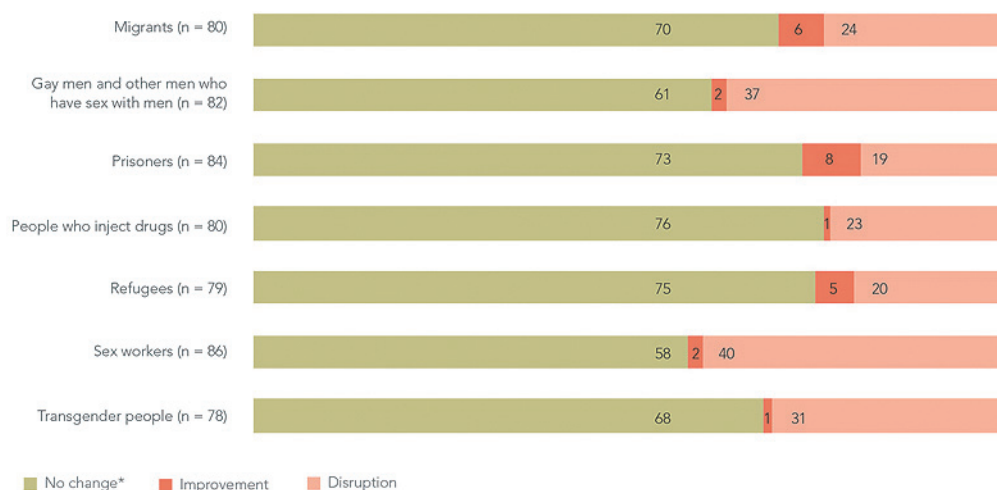
図 抗レトロウイルス薬の調剤方針別にみた治療中のHIV陽性者の医療施設訪問回数比較、2020、低・中所得国46カ国のデータから



COVID-19 パンデミック下のキーポピュレーションに向けたサービスの適応

HIV 感染の高いリスクにさらされているキーポピュレーションはすでに多くの課題に直面していますが、COVID-19 対策のロックダウンにより、さらに脆弱な状態に追い込まれています。新型コロナウイルスの感染に対する恐れと同様、ロックダウンの実施を強制されるという現実的な危険によって状況はさらに悪化します。セックスワーカーやゲイ男性など男性とセックスをする男性が、スケープゴートにされたり、嫌がらせを受けたりしているとの報告がカメルーン、ケニア、フィリピン、韓国、ウガンダなどがあります。このことがHIVやその他の健康ニーズに対応するサービスをさらに受けにくくしているのです。

図 COVID-19 ロックダウンによるキーポピュレーションなどに向けたHIVサービスの崩壊、2020年3-6月



* No change, including for instances where no specific services existed before the COVID-19 epidemic.
Source: Data reported by UNAIDS country offices through the UNAIDS data portal.

(注) 文中の () 内の数字は報告書本文の該当ページです。

第4章

権利をまもる

データのポイント

何らかの避妊を行っているか、性と生殖の健康と権利に関し自ら決定することができる女性は、結婚またはパートナーがいる**女性の55%**にとどまっている。

サハラ以南のアフリカの8カ国では、**トランスジェンダー女性**の33%が身体的な攻撃を受けた経験があり、28%がレイプを経験していると答えている。

複数のタイプの支援を受けている**思春期の少女**は、コンドームをいつも使用し、HIV検査を受けている傾向が高い。

セックスワークの非犯罪化は過去10年間の推計でHIV感染を**33-46%**防いでいる。

少なくとも**73カ国**で、同性間のセックスを犯罪とみなす法律がある。

108カ国が個人使用目的での薬物の使用または所持を犯罪だと回答。一定量の薬物所持を認めている国は17カ国にとどまっている。

2016年のエイズ終結に関する国連総会ハイレベル会合で全加盟国が賛成して採択した約束と現在までの達成状況との大きなギャップは、HIV陽性者およびHIV感染の高いリスクに曝されている人たちが数多くの障壁に直面していることの反映です。ほかにも所得や人種、年齢、民族、入国管理、性的指向と性自認など様々な分野横断的差別がHIV対策を妨げてきました。

ジェンダーの不平等は、有害なジェンダー規範と権力・人間関係の不平等に下支えされ、いつ、どこで、だれとセックスをするかについて、女性が自分で決定することを禁じてきました。こうした有害な規範は、男性が社会をコントロールし女性は脆弱な存在として扱われることから生まれた男らしさの概念の補強にもなっています。それはHIVサービスや他の保健サービスをどう利用するかを自分で決め、暴力を受けずに生きていく力を女性から奪うことにもなっています。北京宣言と行動綱領採択から25周年を迎え、女性指導者やコミュニティ活動家からは変化を求める声が高まっています。

セックスワークや薬物使用、同性間の性関係といった個人の行動を非難し、犯罪視する法律や政策は、すべてのジェンダーにとって、スティグマを正当化し、差別やハラスメントを容認することになります。HIV感染の高いリスクに曝されている人たちを孤立させ、必要なサービスにアクセスすることを妨げてさらに感染のリスクを高めるのです。

ジェンダーや貧困に関連してすでにある不平等が、COVID-19パンデミックで拡大する恐れがあります。この壁を乗り越えるには、人権を基本に据え、ジェンダーに配慮したアプローチが必要です。有害なジェンダー規範やジェンダーに基づく差別と暴力を温存させる家父長制度を取り除くことから、人種差別に対峙し、包括的な性と生殖に関する保健サービスを提供し、少女が学校に通えるようにし、経済力をつけ、法律と政策と制度的慣行を改めることまで、様々な立場の女性を力づけるための多様な行動が求められています。すべての人の権利をまもることが、HIVに有効に対応し、個人の尊厳をまもり、より平等にサービスを利用し、誰も取り残さないことを可能にする環境を整えるのです。



性と生殖に関する健康と権利

性と生殖に関する健康と権利は、女性と思春期の少女に力を与え、人権をまもり、健康と幸福を保証し、ジェンダーの平等を実現する社会と経済を生み出すための中心的な考え方です。性と生殖に関する投資は、あらゆる立場の女性とその家族、社会に膨大な社会的、経済的リターンをもたらします。配当はすべての世代にわたります。

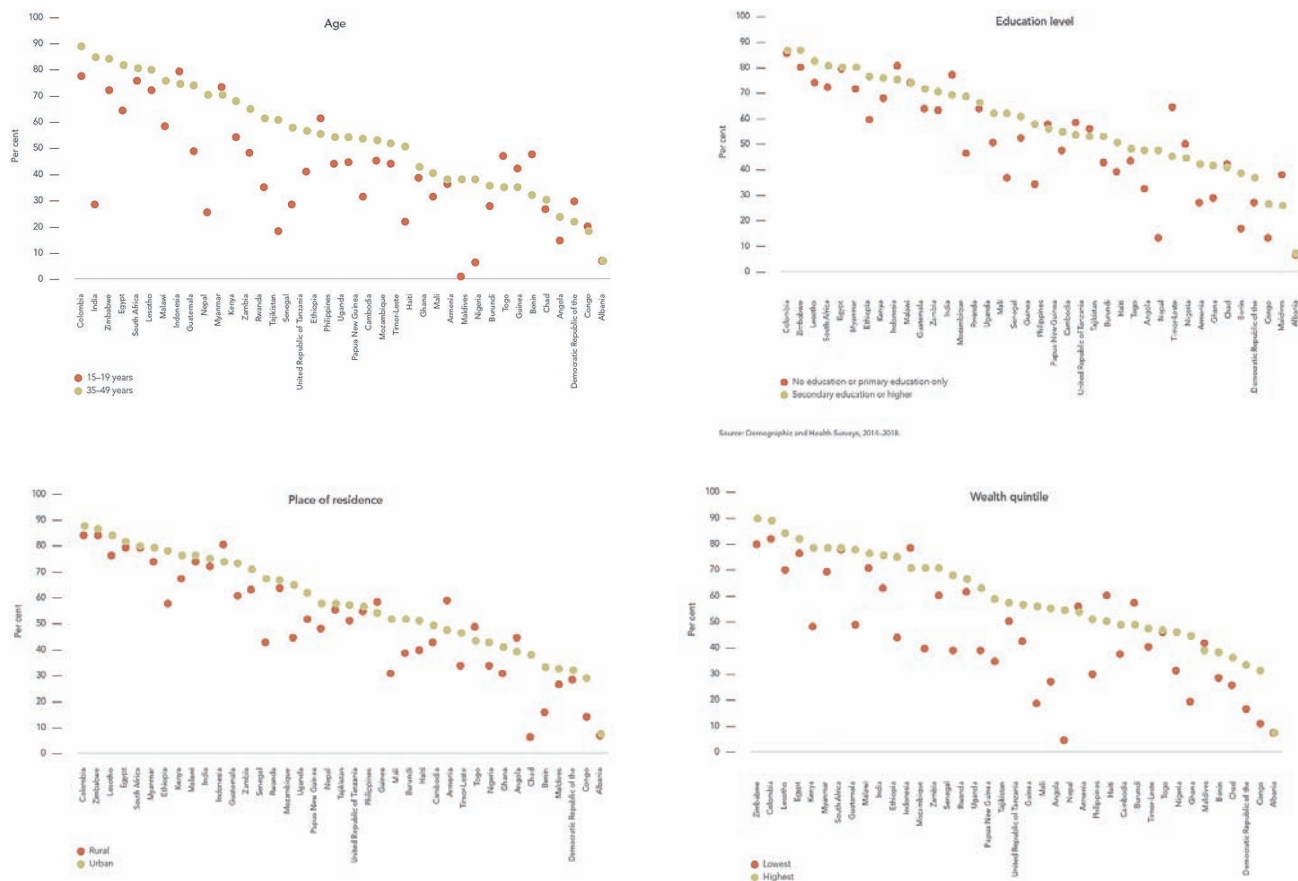
世界の多くの地域で、性と生殖に関する質の高い健康情報、教育、サービス（家族計画を含む）へのアクセスが、女性には不十分なままの状態が続いています。そのすべてが女性の性と生殖に関する権利を実現し、まもり、HIV感染のリスクを減らすために不可欠です。最近の人口ベースの調査によると、新しい家族計画の手段を使える女性（15～49歳）の割合は、最も低いアルバニアで6.3%、最も高いコロンビアでは86.6%でした。

性と生殖に関する健康情報とサービスは、不平等とスティグマと差別が絡み合って利用しづらくなっていることが多く、

個人や対人関係、コミュニティ、社会などのレベルで障壁を生み出しています。地方や都市部の貧困層、少数民族、十代の若者、レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダー・インターセックス (LGBTI) の人々には、とりわけ届いていません。最近の調査データによると、対象となった国の大部分で、地方に住む女性や中等教育以上の教育を受けていない女性、豊かさ指数で最低水準にある女性は、家族計画の新しい手段を利用しにくくなっています。ある国（例えばジンバブエなど）の最貧層の女性は、他国（コロンビアなど）の最富裕層の女性よりも家族計画へのアクセスが大きいという事実があり、優れた政策とプログラムによって、すべての所得レベルにわたるサービスへのアクセス拡大が可能なことを示唆しています。

HIV陽性の女性に対しては、HIV関連のスティグマとジェンダーの不平等がからみあい、女性の健康にとりわけ大きな悪影響を与えています。医療施設は安全な場所であればならないのに、19カ国ではHIV陽性の女性の3人に1人が、過去12カ月に性と生殖に関する健康に関連し、少なくとも1つの形態の差別を医療施設で経験したと報告しています。さまざまな研究により、感染の有無を勝手に公表する、子供を持たないよう助言する、妊娠や不妊、中絶を強要する、性と生殖に関する医療サービスを拒否する、心理的な暴力を加えるといった健康上の権利の侵害が記録されています。

図 家族計画の新しい方法を利用できている15-49歳の女性の割合、年齢、教育レベル、居住地、豊かさ指数別、2014-2018年のデータが得られた国



ジェンダーに基づく暴力

不平等な力関係、有害なジェンダーの規範、男らしさに価値を見出す社会の構造（身体的、性的優位性を含む男性優位の考え方が女性に対する支配を促進する）が、女性と少女に対する暴力の根本的な原因となっています。

暴力は何億人もの女性と少女の生活に影響を与えています。世界全体では、女性のほぼ3人に1人が、親密なパートナーやパートナー以外からの性的または身体的な暴力を経験しているのです。2014年から2018年の間にデータを得られた46カ国の調査結果によると、過去12カ月に親密なパートナーによる身体的または性的暴力を経験したと報告している15-49歳の女性の割合は、最も少ないアルメニアで3.5%、最も多いパプアニューギニアでは47.6%でした。殺人被害にあった女性の3分の1以上は、現在または以前の親密なパートナーによって殺されています。

暴力の被害は人生の初期から始まっていることがしばしばあります。2014年から2017年にかけて9カ国で行われた子供に対する暴力調査（VACS）のデータによると、子供の頃（18歳未満）に1種類、または数種類の暴力（身体的、性的、精神的）を経験した18歳から24歳の人の割合は非常に高く、男性ではエルサルバドルの21.4%からウガンダの75.6%の間、女性ではジンバブエの26.5%からウガンダの75.3%の間でした。

幼少期から一貫して感化を受ける社会およびジェンダーの規範が、そうした暴力を促しています。人口ベースの調査で最新のデータが得られた43カ国のうち24カ国では、夫が妻を殴打することは正当化されると回答した若い女性（15-24歳）が40%以上を占めているのです。

思春期の少女、若い女性、民族その他の少数者集団に属する女性、トランスジェンダー女性、そして障害を持つ女性は、さまざまなかたちの暴力を受けるリスクが高くなります。注射薬物使用者の女性は、親密なパートナーによる暴力やジェンダーに基づく暴力を受ける割合が他の女性より最大で5倍も高くなっています。成人の女性セックスワーカーの45-75%は生涯に少なくとも1回は暴行または虐待を受けた経験があると推定されています。暴力を受けた女性が、虐待を報告したり、性と生殖に関する健康やHIVに関連したサービスを含む支援のサービスを受けたりするためのメカニズムは、セックスワークを犯罪とみなし、スティグマや差別の対象とされることで利用しにくくなっているにも関わらず、これほど高い割合なのです。

トランスジェンダーの人たちをはじめ多様なジェンダーの人たちが世界各地で経験している暴力には、構造的、身体的、性的暴力やヘイトクライム、人権侵害などが交錯しています。サハラ以南のアフリカ8カ国で行われた調査では、トランス

ジェンダー女性の33%が身体的攻撃を受けた経験があると述べ、28%がレイプされ、27%が怖くて医療サービスを利用できなかったと述べています。

暴力は身体的、精神的な健康に影響を与えるだけではありません。性と生殖に関する健康サービスの利用を制限し、HIV感染のリスクを高めることにもなります。暴力や暴力の恐れのためにセックスを強要されたり、より安全なセックスを行うよう求める交渉を諦めたりすると、HIVに感染のリスクが高まります。HIV陽性率の高い地域では、親密なパートナーの暴力により女性がHIVに感染するリスクが50%高くなることが示されています。

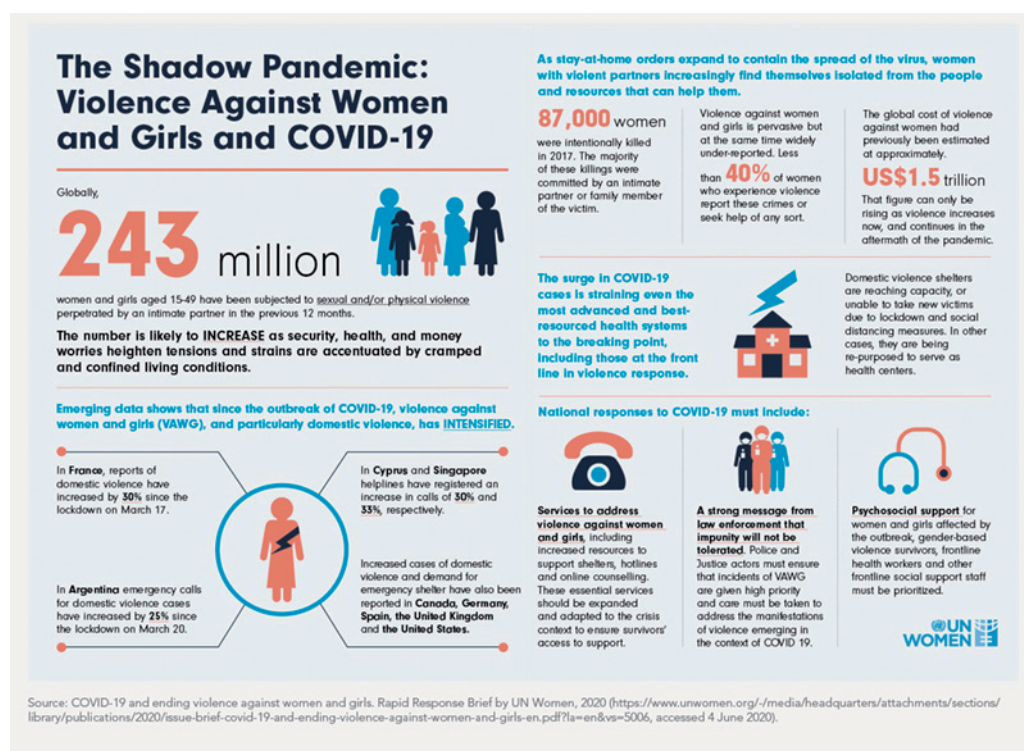


HIVは暴力の引き金にもなります。HIV陽性の女性は、親密なパートナーや家族から暴力を受けたり、暴力の恐れを持ったりしたことを頻繁に報告しています。HIV陽性の女性に対する暴力（親密なパートナーによる暴力、構造的暴力、産科における暴力を含む）は治療の継続を妨げ、CD4数の低下とウイルス量の増加につながる可能性があります。

ロックダウン時の女性と少女に対する暴力

COVID-19パンデミック対策は、すでにあるジェンダーの不平等と脆弱性を拡大し、ジェンダーに基づく暴力を広げることになります。世界中の国々が採用している外出と移動の制限がもたらした経済的な困難と社会的ストレスに伴い、多くの国で女性や少女の虐待報告が増加しています。インドの国家女性委員会によると、全国的な移動制限措置が取られた最初の週に、インドでは通常の2倍の家庭内暴力事件の報告がありました。南アフリカでもロックダウン措置の最初の週に警察は8万7000件のジェンダーに基づく暴力の通報があったと報告しています。駆け込み電話件数はキプロスで30%、シンガポールでは33%増加しています。紹介や支援のサービスとともに主な公共サービス（保健センターや女性の避難所を含む）も混乱をきたしている国が多く、暴力の危険にさらされている人や暴力をすでに受けている人の受け入れを継続できるかどうか懸念されています。

図 COVID流行時の女性に対する暴力、UNウィメンinfographic

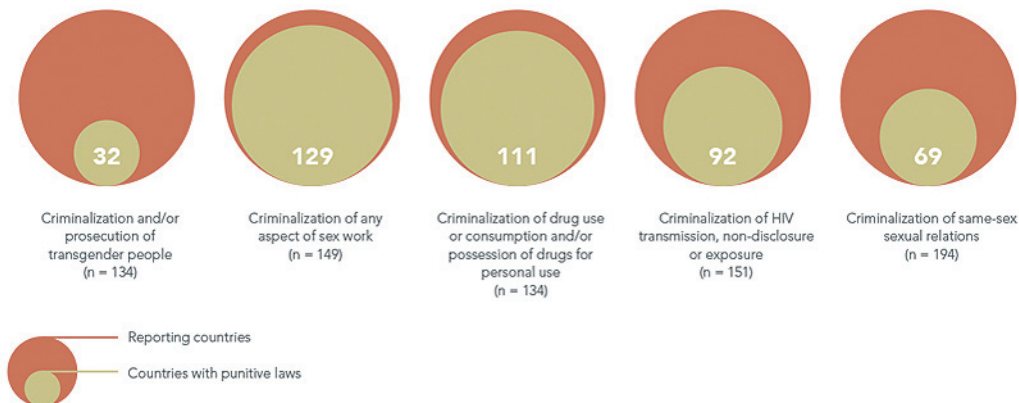


法律と政策

人権を守り、尊重する法律や政策は、人びとの健康と福祉を増進し、HIVの流行やその他の健康の脅威に対する脆弱性を克服し、重要な医療サービスの質と範囲と有効性を高めることができます。残念なことに、刑法がHIV陽性者やHIV感染の高いリスクに曝されている人たちの権利を侵害している国が多くあります。こうした法律や政策は、プライバシーや守秘義務、身体に関する自己決定権を損なうものであり、健康と福祉をまもるために必要なサービスの利用を妨げています。女性と少女の性と生殖の選択を制限するものもあれば、性自認や性表現を犯罪とみなし、性的サービスの取引や違法薬物の使用を犯罪としているものもあります。

懲罰的、差別的な法律の廃止が進んでいる国もあります。コロンビア憲法裁判所は最近、HIVと結核の感染を犯罪とする刑法の条項について、平等と非差別の原則に反し違憲であるとの判断から削除しました。裁判所はまた、法律がHIV陽性者の性の権利を侵害しており、いかなる公衆衛生の目的にも合致しないとの判断を示しています。

図 差別的、懲罰的法律がある国、世界全体、2019



Sources: UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 and 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>); supplemented by additional sources (see references in Annex).

しかし、新たな公衆衛生上の課題が出現したことで、古い課題が再浮上しています。COVID-19パンデミックが発生し、COVID-19対策として、病原ウイルスの曝露や感染に対し刑法で制裁を課そうとする短絡的措置をとる国もあるのです。南アフリカではCOVID-19の検査で陽性になったビジネスマンが、殺人未遂容疑で逮捕され、その後、仕事に戻るという極端な事例もありました。こうした措置は、人びとが積極的に検査を受け、接触者の追跡を可能にする機会を逃すことにつながってしまいます。何十年の間、何百万というHIV陽性者にとっても、そうした現実があったのです。



COVID-19パンデミックへの対応は最も弱い立場の人たちの権利と生活を脅かす可能性がある

感染症と取り組むには、人権に基づき、ジェンダーに配慮したアプローチが必要なことを世界のHIV対策は一連の強力な証拠で示しています。また、刑法を適用しても人権を侵害し、悪影響を与えるだけで、公衆衛生にはなんの効果もないということも示しました。

個人および集団の健康の権利を実現するには、根深い不平等がもたらす危険に焦点を当てなければなりません。COVID-19の危機はこのことを明らかにしています。拡大を抑止するための規制政策は、ホームレスの人たちや貧困層、すでに疎外され、非難され、犯罪者とみなされている人たちなど、社会で最も弱い立場に置かれている人たちをさらに罰することになります。

セックスワーカー、薬物使用者、HIV陽性者、LGBTIの人びとなど、弱い立場に置かれ、犯罪者とみなされることもある集団への嫌がらせや迫害、逮捕のための警察力の行使については、すでに警戒すべき報告があがっています。世界各地のセックスワーカーが差別やハラスメントの拡大を報告しています。懲罰的取り締まりが強化され、家宅搜索やCOVID-19の強制検査、移民セックスワーカーの逮捕と強制送還なども報告されているのです。

COVID-19対策のための制限が、LGBTIの人たちなど社会から排除されやすいコミュニティを狙い撃ちに、公衆衛生の目的を逸脱してこうした人たちの健康と安全を脅かすために使われている国もあります。たとえば、パナマではジェンダー別の自宅待機規制により、男性と女性が1日交代で家にいるように求められ、トランスジェンダー女性が嫌がらせを受けたり、間違った日に男性が外出して拘留されたりする事例が報告されています。ハンガリーでは、緊急事態に乗じて新法案を提案し、性別の遵守を求めるために公式文書の性別と名前を変更する権利を削除しようとした。これは明らかに性自認の法的承認を求めた国際人権法違反です。

第5章

人びとを中心にした 持続可能なアプローチ

データのポイント

報告のあったほとんどの国では、HIV検査相談サービスが、**すべてまたは一部の保健施設**で性と生殖に関するサービスと統合して運営されている。

2019年には子供の**新規HIV感染の24%**は、妊娠中または母乳保育期間中にHIVケアへのアクセスを失っていた母親からの感染だった。

2018年にはHIVの流行の負担が大きい65カ国で**HIV陽性者180万人**に潜在性結核の予防的治療が提供された。

国の政策の中でハームリダクションの支持を明確に表現している国は2019年時点で**53カ国**だった。

セックスワーカーを対象にした最近の調査では、回答者の少なくとも80%が直近の金銭を伴うセックスでコンドームを使用したと答えている国は**99カ国中56カ国にとどまっている**。

感染症と非感染症との関係が複雑化する中で、保健システムは限られた人的資源と資金の管理を迫られています。COVID-19パンデミックは、柔軟で適応力の高いシステム、すべての人にそれぞれが求めるサービスを提供するシステムの必要性を明確にしました。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた動きを加速することで、保健システムを強化し、すべての人が到達しうる最高基準の健康と福祉（世界保健機関憲章）の実現を助けることができるでしょう。

SDG（持続可能な開発目標）時代の良質な医療システムに関するランセット国際保健委員会は、サービス提供の細分化でケアの質が損なわれ、世界中の保健システム運営が非効率化していることを指摘しています。委員会の推定によると、低・中所得国では理想的とは言えないシステムにより年間860万人（HIV陽性者約30万人を含む）が亡くなっているのです。プログラムとサービスの統合が進めば、感染症の突発的流行やその他の保健危機に際しても、疾病構造の急激な変化に対応できる柔軟で復元力の高い保健システムを構築できます。

しかし、統合化で保健サービスの課題がすべて解決するわけではありません。保健とHIVのサービスは、人びとを中心に考え、そのサービスを最も必要とする人たちのニーズに対応することが求められています。前章では、健康の決定要因に取り組むことの重要性を強調し、保健分野を超えた重層的なアプローチが思春期の少女と若い女性のHIVリスクを減らすことを報告しました。本章では、統合化と人びとを中心にしたアプローチが、サービスの受け入れ状況を改善し、HIV陽性の子供や思春期の少女、若者、女性の健康改善につながる追加的なエビデンスを提供しています。

人を中心にしたアプローチは、セックスワーカー、注射薬物使用者、トランスジェンダーの人たち、受刑者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性といったHIV感染の高いリスクに曝されている人たちのニーズにも、より有効に対応できます。保健およびHIVのプログラムが移民や難民の人たちに届くようにすることも、人権と公衆衛生の両方の観点から重要です。COVID-19対策によるロックダウンの間も保健サービスを維持するには、利用者に合わせた分化型サービスの価値を認めなければなりません。その中には生きた現実立脚し、最も大きな影響を受けている人たちのニーズと権利を重視するコミュニティ主導のサービスも含まれます。



HIV 対策とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

国連加盟国は2019年9月、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連総会ハイレベル会合で健康に関する包括的な政治宣言を採択し、2030年までにすべての人が手頃な価格で医療を受けられるようにするという野心的な目標に同意しました。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの指針となる原則は公平性です。人種、民族、年齢、ジェンダー、障害の有無、社会的地位に関係なく、すべての人が経済的事情から医療費の支払いに悩まされることなく、必要に応じて質の高い医療を受けられるようにしなければなりません。世界のHIV対策は10年以上も前から同様の原則に基づいて進められてきました。各国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて持続的な成果をあげていくには公的資金が不可欠です。その資金を効率的に使用し、質の高い医療サービスが公平に利用できるようにする必要があります。十分な国内資金を確保することは低・中所得国にとって大きな課題であり、海外からの援助はそうした国の公衆衛生システムを支えることができるのです。

必要不可欠な医療サービスパッケージの中でのHIVサービス

必要不可欠なサービスの定義は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中心的な課題です。それが資金を確保すべきサービスセットの核になります。HIVサービスの包括的パッケージは多様なコミュニティのニーズに配慮しており、必要不可欠な医療サービスのパッケージの一部として生かすべきです。

インドネシア、ケニア、ウガンダ、ウクライナの調査では、各国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指し、同時にHIV対策でも国内予算の比重を高めようとする新たな懸念が出てきます。たとえば、HIV治療へのアクセスが国の拠出制健康保険の枠組みで進められると、保険料を負担できない人はサービスを拒否されるかもしれません。こうした排除を避けるには、予防接種などでよくみられるように、国が特定のサービスを無料化する例外規定を設ける必要があります。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けたアプローチの中には、特定の人口集団を社会から排除しようとする力に対し、十分に対処できていないものがあるという懸念も残っています。本当に普遍性があるのなら、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは医療サービスの提供を超えて健康の社会的決定要因に取り組み、コミュニティの参加を促さなければなりません。

HIV対策を通して開発された多目的で戦略的な情報のツールとシステム、公平なサービス提供のための方法、保健に関する包括的なガバナンスと説明責任などは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けても活用できます。さらにHIV対策を全国的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現や医療システム強化に向けた努力に組み込むことができれば、HIVサービスをプライマリヘルスケアに統合し、非政府組織と契約して、社会から排除され弱い立場に置かれている人たちにサービスを提供するといった対策の成果を維持することができます。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを促進する法律は、人権擁護を明確にし、差別のないものでなければなりません。そのための最善の方策はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの設計と実施に市民社会とコミュニティの参加を得ることで、これはHIV対策から得られた大きな教訓の1つです。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジにはまた、市民社会やコミュニティを含む強力な説明責任の枠組み、およびサービスの質やアクセス可能性、その結果を監視する明確な指標も必要です。したがって、コミュニティに根ざした組織にも、健康政策とその実施に影響力を持って参加できるだけの能力を維持することが重要になります。タイの国民保健総会は、HIV分野を含む強力な市民社会の関与が可能な参加型健康ガバナンスの一例です。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、それ自体が目的であるだけでなく、すべての人が到達可能な最高水準の健康と福祉を享受できるようにするため、国が他の広範な方法とともに使える最善のツールでもあります。健康は公平性を実現するためのより広い社会、経済的な闘いに根ざしているというのがエイズ運動の中心となる考え方でした。HIV対策が示してきたように、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの成否は、人びとを第一に考え、その健康を左右する要因に対処できるかどうかにかかっています。COVID-19や気候変動の影響といった健康危機が蓄積される中で、このことはますます重要になっているのです。



HIVと他の保健サービスの統合

医療サービスは統合することにより、必要なケアを相互に補いながら一貫した方法で、効果的、効率的、かつ公平に提供することができます。

HIVと他の関連医療サービスをより緊密に結びつけることで、サービスをより広く、利用しやすいかたちで提供できるようになり、効率も費用対効果も高くなります。人びとを中心にしたサービスで、品質を向上させることができます。サービスを統合すれば、これまでのような切り離された提供モデルよりも、絡み合った保健医療のニーズにはよりよく対応することができます。予算を抑えようとする圧力が強まる中で、コスト削減が見通せることは、計画立案者にとっても特に魅力的です。

ただし、統合がこうした効果をもたらす可能性があることはエビデンスによって示されているとはいえ、常に有益であるとは限らず、逆効果になってしまうこともあります。

統合の様々なかたち

統合には様々な領域とレベルがあります。

法律と政策を統合すれば、疾患ごとにばらばらだった方針や戦略、計画を組み合わせ、統一したサービスを提供する枠組みとガバナンスのプロセスをつくれるようになります。このような高いレベルで、統一された政策の枠組みが示されれば、サービス提供者は指針が得られ、どうすれば具体的に統一され、全体的かつ包括的な方法で行動できるのかが明確になります。

システムをつなげることで、サービス提供の統合化を促進し、統一的なサポートシステムが確立できます。リンクされるシステムには、医療従事者の教育とトレーニング、調達とサプライチェーンの管理、薬局とラボのサービス、健康管理情報と顧客管理システム、統合予算が含まれます。こうした調整を通し、サービスの合理化と効率化を進めることができます。

サービスの統合は、一定のサービスを関連付けたり、特定のプラットフォームにサービスを加えたりすることから、一カ所ですべてのサービスを受けられるようにすること（いわゆるワンストップショップ）までさまざまです。統合は、異なるレベルで行われることもあり得ます。

サービスを完全に統合できれば、利用者には多くの利点があります。臨床のサービス（たとえばHIVと結核、またはHIVと性と生殖に関する健康）を統合するには、人を中心にしたアプローチが望まれます。ただし、このレベルの統合には、スタッフの作業負荷とケアの質、それぞれの利用者に合わせたサービスの提供のバランスをうまくとらなければならず、差別や守秘義務違反などの人権侵害が発生する可能性もあります。最終的に、必要なサービスを1カ所にまとめるのは困難で、費用もかかることがあります。

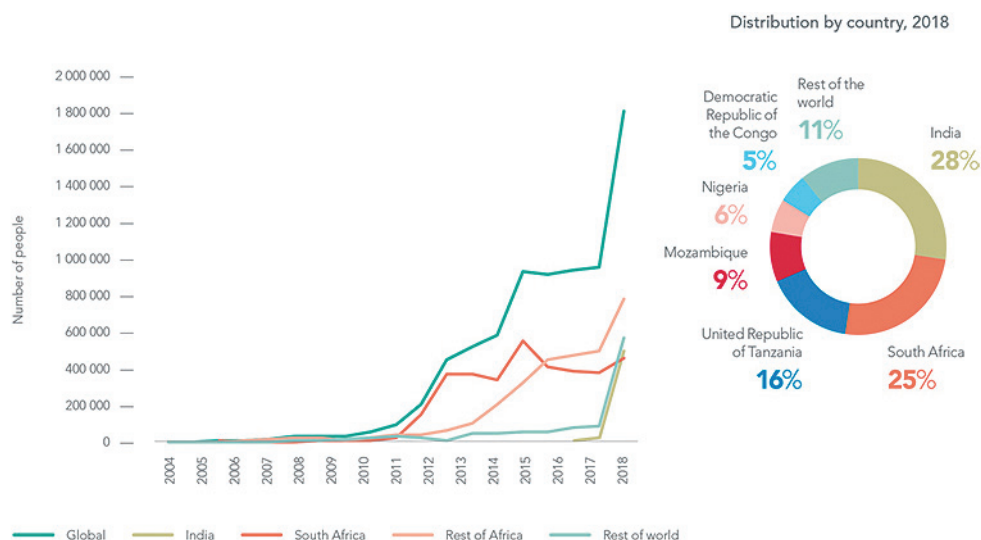
複数の施設での統合には、複雑な問題を抱える人たちが専門家のケアを受けやすくするため、医療施設や他のサービス提供者のネットワークを作ること含まれます。しかし、調整が難しいこともあります。もう一つのモデルとしては、ケースマネージャーがケアを監督し、必要に応じて専門家に患者を紹介する方法があります。そのためには高度なスキルを持つケースマネージャーが必要ですが、医療従事者の不足に直面している医療システムでは、そうした人材の採用および維持が難しい場合もあります。

HIVと結核のサービスの統合

結核は、世界の死因トップ10の1つであり、HIV陽性者の最も大きな死因となっています（第2章参照）。とくに負荷の大きい65カ国では、HIV陽性者の結核に対する予防的治療は近年、劇的に改善しており、2018年には180万人が治療を受けています。

こうした進歩にもかかわらず、負荷の大きい国の中には、結核症例の把握と予防的治療のギャップが依然、大きいままの国もあります。利用可能なデータが得られた66カ国でみると、2018年にケアを受けるようになったHIV陽性者の間では49%しか結核の予防的治療を受けていません。これらのデータを報告した国のうち、結核とHIVの負荷がともに大きい11カ国の予防的結核治療普及率は最も低いインドネシアが10%、高かったロシアは97%でした。2018年の世界の新規結核症例1000万件のうち約80万件はHIV陽性者です。

図 予防的結核治療を受けているHIV陽性者の数、2000-2018年



Source: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2019 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>); Global tuberculosis report, Geneva: WHO, 2019.
Note: Until 2016, countries reported the number of people living with HIV newly enrolled in HIV care who received preventive treatment for tuberculosis. As of 2017, countries could report the number of people living with HIV both newly and/or currently enrolled in HIV care who received preventive treatment for tuberculosis.

結核とHIVのサービスを統合することはこのため、両方の疾患の制御にとって極めて重要です。HIVと結核の負担がともに大きい30カ国のうち11カ国は、WHOが推奨する迅速分子結核診断をHIV検査とともに提供するサービスを全国で（つまりHIVの治療とケアを提供している医療施設の95%以上で）行っていると報告しています。ただし、全国の同じ医療施設で、抗レトロウイルス治療と結核治療をともに提供しているとの報告は5カ国にとどまっています。

医療システムへの資金が不十分な中で、さらに深く統合を進めることは困難です。総合的なケアを提供できるだけのトレーニングを受けたスタッフが不足していることもあるし、結核のスクリーニングと検査を迅速に提供できる設備が整っていないこともあります。南アフリカ、ウガンダ、ザンビアの調査によると、そうしたハードルを克服して成果をあげるには、想定されるスタッフの作業量の増加を適切に管理し、記録保管の課題に対処し、効果的な感染管理を維持する必要があります。南アフリカが最近、検証したように、強力で支援的な管理体制が特に重要になります。

誰も取り残さない

HIVの流行を制御した戦略は、だれも取り残されるべきではないという原則に基づいています。人権を守り、コミュニティと協力し、コミュニティ主導の対策を強い政治的意思と信頼できる財源の確保によって実現する必要があります。法的、社会的、制度的に実施可能な環境を整え、最も必要とする人たちによる、最も必要とする人たちのためのサービスを提供しているのです。

思春期の少女や若い女性とともに、HIV陽性の子供も、健康を維持し、楽しく生活していくために必要な支援やサービスを受けられずにいることがしばしばあります。注射薬物使用者、セックスワーカー、トランスジェンダーの人たち、受刑者、ゲイ男性など男性とセックスする男性は、HIV感染のリスクが高いままの状態に置かれています。移動生活者や先住民族、その他の社会から排除されがちな人たちは、保健システムから見落とされたり無視されたりすることが多く、HIVその他の健康問題の影響が大きくなりがちです。HIVサービスや医療サービスが利用できないか不適切にしか提供できない場合、これらの人口集団におけるHIV陽性率は急上昇する恐れがあります。

キーポピュレーションに向けたコミュニティ主導のサービスの持続、ケニア・マラウイ

HIVとジェンダーに基づく暴力への対策として、ケニアとマラウイでは革新的なプロジェクトの成功を受け、国のHIVプログラムでキーポピュレーションに向けたコミュニティ主導のサービスが提供されています。

この2カ国は米国国際開発庁（USAID）と米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の出資によるLINKAGESプロジェクトの対象国（30カ国以上）に含まれています。プロジェクトはキーポピュレーションのHIV感染を減らし、HIVの治療とケアを維持するために2014年から続けられています。

ケニアとマラウイは2019年現在のHIV陽性者数がそれぞれ110万人と150万人と推定され、世界でもHIVの流行が最も深刻な国の中に含まれています。国として新規感染を減らし、検査でHIV陽性と分かり、治療を受ける人の数も大きく増えています。ただし、2015年にキーポピュレーションのHIV陽性率が高い地域でLINKAGESが始まるまでは、キーポピュレーションを対象にした具体的な対策はほとんどありませんでした。LINKAGESの対象となったのはマラウイの6つの地区（主に女性セックスワーカーとその客、ゲイ男性など男性とセックスをする男性）とケニアの17の郡（女性セックスワーカー、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、注射薬物使用者）です。

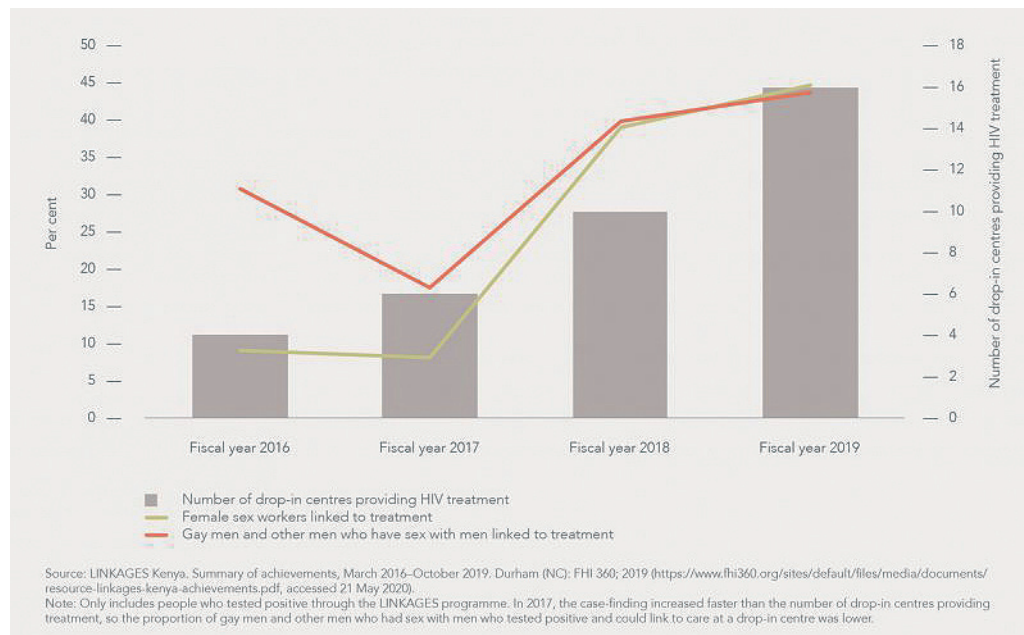


プログラムの詳細は2つの国で異なりますが、成功の基礎となる要素は同じでした。それぞれの地元で、パートナーの技術的、組織的能力の開発が進んだことです。それによって地元パートナー組織の多くが外部資金調達資格を得て、プロジェクトを管理できるようになりました。ドロップインセンター（立ち寄り施設）が作られ、キーポピュレーションのメンバーが安心して集まり、HIV検査や抗レトロウイルス治療などのHIVサービスや他の医療サービスの情報を収集して利用できるようになっています。キーポピュレーションのメンバーがドロップインセンターの運営をサポートできるよう訓練を受け、地元保健当局はセンターにHIV治療施設としての機能も認めています。センター訪問者に対するジェンダーに基づく暴力事件のスクリーニングと報告、対応のための危機対応チームと手順も導入されました。

キーポピュレーションにおける症例把握を進めるためにインデックス検査やピアアウトリーチの強化、リスクネットワークの参照など新たな方法も導入されています。ケニアではこうした方法が効果的であることが判明しています。2019年にはLINKAGESサイトにおける女性セックスワーカーとその客、ゲイ男性など男性

とセックスをする男性のHIV症例発見率が3倍以上になっています。一方、HIV検査総件数は50%の減少でした。マラウイでは、LINKAGESサイトにおけるゲイ男性など男性とセックスする男性の症例発見率は、2016年の4%から2019年の17%に改善し、女性セックスワーカーでは2018-2019に22%から27%へと改善しました。2019年の初めにはドロップインセンターで自己検査サービスが導入されています。

図 LINKAGESプロジェクトのドロップインセンターで治療につながっている女性セックスワーカーとゲイ男性など男性とセックスをする男性の割合、ケニア、2016-2019



プロジェクトでは、一意のIDコードや、キーポピュレーションのHIV陽性者の臨床サービスにおけるニーズをモニターし、検査やウイルス量測定の予約を容易にするシステムなどのツールを開発しました。ケニアの保健省も後にこのシステムを採用しています。

同じツールはマラウイのウイルス量モニタリング戦略でも使われています。この戦略のもとでケアを続け、ウイルス量を測定したゲイ男性など男性とセックスをする男性の86%、女性セックスワーカーでは93%と高いレベルでウイルス量の抑制を果たしています。LINKと呼ばれるシステムもマラウイで導入されています。キーポピュレーションに対する公衆衛生施設でのスティグマと差別を監視し、キーポピュレーションが利用しやすい施設を特定し、サービス提供者の研修を行い、認識を深めるプログラムです。

ケニアのLINKAGESプロジェクトが2019年9月に終了したときには、HIVと診断された女性のセックスワーカーやゲイ男性など男性とセックスをする男性のほぼ半数はLINKAGESのプログラムを通して診断を受け、ドロップインセンターで治療を開始しています。ビル&メリンダ・ゲイツ財団がサポートするJilindeプロジェクトと協力し、LINKAGESはケニアのキーポピュレーションのメンバー約9700人に対するPrEP提供も助けてきました。このプロジェクトの遺産は、地元の非政府組織が運営する35カ所のドロップインセンターに受け継がれ、うち16カ所は各郡の保健施設の衛星サイトとして抗レトロウイルス治療を提供しています。

投資と持続可能性

過去数十年にわたって投入されたHIV資金は、何百万という人の命を救い、各国の保健システムの強化にも使われてきました。

抗レトロウイルス薬やHIV検査、コンドームその他の商品の無料提供が、多数のコミュニティヘルスワーカーの活躍、健康情報と検査システムの充実、調達とサプライチェーン管理システムの強化、コミュニティヘルスシステムの復活とともに、世界がHIVと闘い続けるというかつてないレガシーを生み出してきました。こうした資源の多くが、いまはCOVID-19のパンデミック対策で重要な役割を果たしています。

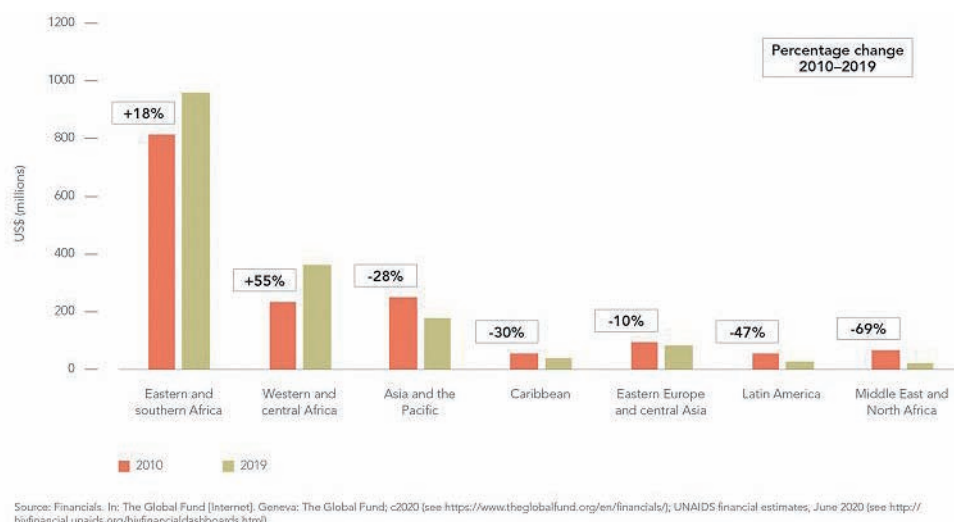
しかし、その重要性にもかかわらず、パンデミックへの対応能力は近年、脅威にさらされているのです。最新のデータによると、低・中所得国のHIV対策に利用できる資金の総額は持続可能な開発目標（SDGs）の時代に入って減少し、2016年の国連総会で設定された2020年目標を大幅に下回っています。低・中所得国に対するHIV関連の国際資金は2015年以降10%近く減少しました。米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）を中心にした米国政府からの資金は10%増えていますが、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）からの資金が3%減少し、他の多国間および二国間援助資金も31%減少したことで相殺されています（詳細は第2章参照）。

米国政府の二国間資金援助やグローバルファンドのHIV資金助成は2010年以降、対象が変化しています。グローバルファンドによる東部・南部アフリカ地域への助成額は2010年から2019年の間に18%増加し、西部・中部アフリカ地域も55%増えていますが、他の地域ではすべて減少しました。この傾向は、病気の負担が最も大きく、

HIVプログラムに対する自己資金調達能力が最も低い地域に支援を集中させるというグローバルファンド理事会の決定を反映しています（270）。米国政府からの二国間援助資金も同様に、サハラ以南のアフリカのHIV対策にシフトしています。2010年から2019年までの間に東部・南部アフリカ諸国への年間資金は13億ドル増え、西部・中部アフリカ諸国にも年間1億ドル以上の増加になっています。東欧・中央アジア地域に対する米国政府のHIV対策二国間援助資金も、この期間に年間1300万ドルから5500万ドルへと3倍に増えています。



図 世界エイズ・結核・マラリア対策基金の助成対象の変化、地域別、2010-2019



地球規模の危機におけるHIV資金

COVID-19パンデミックに伴う混乱により、資金配分の決定はすべての国で困難になっています。限られた資金で増大する需要に応えるため、政府は効率性の向上を強調するでしょう。ただし、そのためにHIV対策が悪影響を受ける可能性があることも最近の歴史は示唆しています。

2008～2009年の世界金融危機、2012～2013年のユーロ圏債務危機、2014～2015年の移民と難民の流入増に対するEUの対応などにより、HIV対策の国際資金も過去10年に大きな影響を受けてきました。HIV分野の政府開発援助額はこの間、保健全体の政府開発援助額の減少よりもさらに顕著に減少しています。保健分野の援助の傾向は、ドナー国の政府開発援助総額の減少割合とほぼ同じ傾向なのですが、HIV分野はもっと大きな打撃を受けているのです。米国政府が提供するHIV資金が増加したため、ある程度は相殺されてきましたが、他のドナー国からの政府開発援助が減っているので、2014年以前のレベルにはまだ回復していません。

世界的な健康危機に加え、COVID-19パンデミックとその対策がかつてない規模の経済的打撃をもたらしてもいます。国際通貨基金（IMF）と世界銀行の予測では、2020年の世界経済は約3%縮小する見通しです（P281,282）。2008～2010年の金融危機では、2009年の世界の実質GDP成長率は（2008年に比べ）0.1%の減少でした。国際労働機関（ILO）は、今回のパンデミックで世界の全労働時間のほぼ7%が2020年半ばまでに失われる可能性があるかと予測しています。フルタイム労働者1億9500万人分の労働時間に相当します。

パンデミックによって引き起こされる健康と社会と経済の混乱から人びとをまもるには追加投資が必要ですが、政府の収入も減少しています。サハラ以南のアフリカでは、2019年のGDP成長率が2.4%だったのですが、2020年には-2%を大幅に下回ると予想されています。この地域で25年ぶりの景気後退です。域内経済大国であるアンゴラ、ナイジェリア、南アフリカなど商品輸出に依存している国は特に大きな打撃を受けることになります。

高水準の債務負担により各国の脆弱性はさらに増しています。2009年の金融危機の後、異常に低い金利と例外的水準の資金流動性に後押しされ、国内の貯蓄と投資のギャップを埋めようとしたことから、各国の負債は大きく増加しました。しかし、世界的な経済成長の低迷により、商品価格は低・中所得国の期待に反し、成長を刺激するほど強くは回復していません。COVID-19パンデミックの前でさえ、低所得国の40%以上が高リスクまたは苦痛にあえいでいると見なされるような債務を抱えていました。

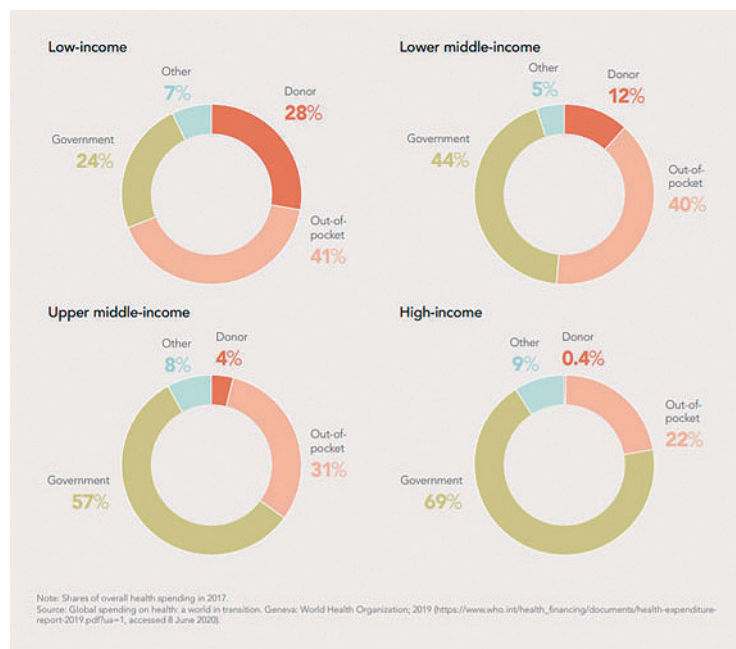
ほとんどの低・中低所得国ではパンデミックの影響に対処するため、譲許的融資を含む外部資金の必要性が極めて高くなっています。国連は2020年4月に債務救済のための3段階アプローチを提案しました。債務支払いの猶予、対象となる債務の免除、そして債務返済の不履行を防ぐための国際的な債務構造が抱える問題への対応という段階的なアプローチです。世界銀行とIMFは、資金調達と債務救済に必要な他の措置がとられるようになるまで、最貧国の債務返済を一時停止することを求めています。一部の低所得国の債務返済は2020年4月に停止され、G20諸国はそれらの国のCOVID-19対策資金として200億ドルの財政支出を誓約しています。

利用者負担の経済政策の誤り

COVID-19のパンデミックが進むにつれ、財政が圧迫されることで、医療費の利用者負担など様々なかたちの自己負担への依存度が高まる可能性があります。数十年にわたって蓄積されたエビデンスは、そうした手段が場当たり的であり、逆効果に終わることを示しています。

世界銀行によると、低・中所得国の人たちは医療サービスを利用するために年間5000億ドル（1人あたり80ドル以上）を自分のポケットから支払っています（288）。低・中所得国における2017年の自己負担額（利用者負担料金を含む）は2000年当時の2倍以上になり、総医療費の約40%に達しています（273）。総医療費に占める割合はインド（65%超）、インドネシア（48%超）、パキスタン（66%超）など人口の多い低・中所得国では、さらに大きくなっています（289、290）。

図 資金源別の医療費支出割合、2017



同じように、西部・中部アフリカ地域では、利用者負担（いわゆる診察料、HIV検査やCD4細胞数検査、ウイルス量その他の検査に必要な料金など）が名目上は無料の抗レトロウイルス治療の普及を妨げ、ケアの継続を困難にし、（日和見感染症の診断ができないための）ケアの質の低下などを招いています（297）。ボツワナ、ナイジェリア、セネガル、ウガンダでは、利用者の料金負担がHIV治療の継続を損なうことが調査によって確認されています（298-301）。

利用者による料金負担は、医療サービス全般でも同様の影響を及ぼしています（302）。ブルンジ、チャド、コンゴ民主共和国、ハイチ、マリ、シエラレオネの調査では、利用者の自己負担があることで、人びとは公衆衛生施設を利用しなくなり、ケアを受けるのが遅れ、規制のない民間代替医療を求め、自己流の治療を試すようになります（303）。また、利用者の自己負担があると、医療機関は収益の増加を期待し、サービスの質の向上には熱心でなくなるため、医療サービスの分野では効率の悪い資金調達のメカニズムでもあります。（292、302、304、305）。

利用者に医療費の自己負担を求めることは経済政策として誤っています。HIVの検査と治療、結核の予防と治療、母子保健などの世界的なプログラムは、サービスを必要とするすべての人にそのサービスが届けられるようにすることを目指し、多額の資金が投資されてきました。医療機関で利用者の自己負担やその他の補足料金（診察料、初診料など）が課せられると、貧しい人たちや社会的に弱い立場の人たちは、金銭的な理由でこれらのサービスを利用しなくなり、サービスの恩恵も得られず、投資の目的そのものが損なわれる結果を招いてしまうのです。

地域別概要

東部・南部アフリカ地域

2010年以降、新規HIV感染が最も大きく減少しているのは東部・南部アフリカ地域です。この成果を持続させるには、ジェンダー力学の面からさらに効果的な対策を進め、流行に取り組む必要があります。2019年には新規HIV感染者の5人に3人が女性でした。思春期の少女と若い女性（15-24歳）のHIV感染率は極めて高い状態が続き、同年代の男性よりHIV感染の確率は2.5倍も高くなっています。ジェンダーの不平等を解消するよう考慮したコンビネーション予防プログラム、少女たちの中等教育（HIV感染を防ぐ効果がある）就学率の向上、性と生殖に関する健康サービスへのアクセス拡大を含む包括的なアプローチが必要になります。

この地域では検査と治療の90-90-90ターゲットが達成に近づいています。ボツワナ、エスワティニ、ナミビア、ルワンダ、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエの7カ国が高速対応ターゲットに達しました。他の3カ国（ケニア、マラウィ、タンザニア）もほぼ到達しています。全体としては治療の普及に大きな成果を上げているものの、HIV陽性の子供の場合、ウイルス量の抑制は40%（成人では66%）にとどまっています。利用者に合わせた分化型ケアのアプローチの中で、治療の普及にはコミュニティ主導のサービス提供が大きな力となります。

HIVの検査と治療プログラムの普及を積極的に進めたことから、エイズ関連の死者数は2010年当時と比べ49%減少しています。他の世界のいかなる地域よりも急速に亡くなる人が減っているのです。それでも2019年には30万人[23万-39万人]がエイズ関連の疾病で亡くなりました。男性および若い女性には、HIV検査と治療の普及を進める余地がまだまだあります。

新規感染のかなりの割合（ほぼ4分の1）がキーポピュレーションおよびその性パートナーの感染で占められています。こうした人たちのHIV関連ニーズに対応できる法律や政策、プログラムが必要です。

東部・南部アフリカ地域では、思春期の少女や若い女性が直近のセックスでコンドームを使用した割合と中学校の卒業率の間に正の相関があります。また、中学校の卒業率が高い（50%以上の）国ほど、思春期の少女や若い女性の新規HIV感染は減っています。少女を学校に通えるようにすることが、HIVのリスクと新規感染を減らしているのです。

西部・中部アフリカ地域

国内でも国際的にも、西部・中部アフリカ諸国のHIVの流行に対しては、東部・南部アフリカの国々ほど関心を持たれてはきませんでした。このため、成果も限定されています。武力紛争や人口移動、食糧不足、コミュニティ間の争いといった人道上の問題が、域内のいくつかの国でコミュニティの復元力を奪い、保健システムの硬直化を招いています。

ジェンダーの不平等を反映し、2019年には推定24万人[15万-39万人]の新規HIV感染者の58%が女性と少女で占められていました。この地域ではとりわけ、思春期の少女と若い女性がHIV感染の高いリスクに直面しています。また、2015年から2018年までの間に行われた調査によると、HIVについて包括的な知識のある若い女性（15-24歳）は37%にとどまっていた。

新規感染の大きな割合を占め、同時に法的、社会的にも風当たりの強い環境と闘わなければならないキーポピュレーションには、きちんと焦点が当てられた予防プログラムもありません。2019年には成人の新規HIV感染のほぼ3分の2が、セックスワーカー（19%）、ゲイ男性など男性とセックスをする男性（21%）、セックスワーカーの客やキーポピュレーションに該当する人たちの性パートナー（27%）で占められていました。

この地域にとって90-90-90ターゲット達成への道のりは依然、遠い状態です。2019年時点で抗レトロウイルス治療を受けているHIV陽性者は58%にとどまっていた。母子感染予防と自らの健康のために抗レトロウイルス治療を受けているHIV陽性の妊婦の割合も、推定58%[40-78%]と、世界で最も低くなっています。

西部・中部アフリカ地域では、HIVの母子感染予防に向けたサービスに大きなギャップがあることから、極めて多数の子供がHIVに感染しています。子供の新規感染の多くはHIV陽性の妊婦に対する抗レトロウイルス治療の普及率が低いことが原因です。2019年の場合、子供の新規感染の42%は、HIV陽性の母親が妊娠中に抗レトロウイルス治療を受けていなかったために感染しています。さらに18%は母乳保育中に母親が抗レトロウイルス治療を受けていなかったケース、14%は母乳保育中に母親がHIVに感染したケースでした。

アジア太平洋地域

アジア太平洋地域の新規HIV感染はわずかですが減っています。カンボジア、ミャンマー、タイ、ベトナムの減少が、パキスタンとフィリピンで急増で相殺されているからです。キーポピュレーションとその性パートナーが新規感染の98%を占め、その4分の1以上は若年層（15-24歳）です。ゲイ男性など男性とセックスをする男性の新規感染が急増していることが極めて懸念されます。新規感染の減少が全体として鈍化しているのは、政治の関与やプログラム実施が減ったことと一致しています。効果的なエイズ対策の実施を妨げる懲罰的な法律や政策が存在し、スティグマや差別が広がっていることも大きく影響しています。

キーポピュレーションへのHIV予防プログラムは不十分です。曝露前予防内服（PrEP）のような革新的予防ツールの導入が一定の成果を上げてきました。ただし、注射針・注射器交換プログラムの普及率が高く、オピオイド代替薬予防治療もそれなりに普及している国はごく少数です。メタンフェタミン薬物の使用の増加がHIV感染の増加にもつながっていることはエビデンスとして示されており、ハームリダクションのサービスを薬物の使用パターンの変化に対応した革新的なものにしていく必要があります。HIV予防プログラムには市民社会組織が幅広く関与していますが、コミュニティ主導のサービスが十分に利用できる規模には至っていません。

数力国で検査と治療のプログラムが成功しており、エイズ関連の死亡数は2010年と比べると29%減りました。オーストラリア、カンボジア、タイは90-90-90ターゲットを達しています。しかし、アフガニスタン、パキスタン、フィリピンではエイズ関連の死亡がいまも上昇中です。キーポピュレーションではHIV陽性者のほぼ半数が自らの感染に気付いていません。検査が受けやすくなるよう手助けし、自己検査の普及を進めることで、HIVの診断率をあげることができます。

HIV感染のリスクが大きい人たちには、PrEPが追加的な予防の選択肢となります。オーストラリア、カンボジア、ニュージーランド、タイ、ベトナムはPrEP普及活動に力を入れ、目覚ましい成果を示しています。ただし、域内の大半の国では、利用の機会が限られ、人口レベルで予防効果を実現できる状態にはまだなっていません。

ラテンアメリカ地域

ラテンアメリカは人道危機対策に大きな成果をあげてきましたが、人口移動が激しいことが保健、教育システムや労働市場を圧迫しています。キーポピュレーションの人たちが社会から疎外されていること、公衆衛生上の優先順位をめぐる競争が激しいこと、保健分野に対する政府投資は限られていることなどから、HIV対策の進展も大幅な後退を余儀なくされてきました。ここ数年は新たな感染症も増加しています。

HIVに影響を受けている人口集団は依然、強いスティグマや差別、暴力を受けており、多くの人がサービスを利用できていません。HIV陽性者の4分の1近くが自らの感染を知らないままであり、40%は抗レトロウイルス治療を受けられずにいるのです。

妊婦のHIV検査や抗レトロウイルス治療普及率は着実に上がっており、HIVの母子感染率は2010年に20%[12-24%]だったのが、2019年には15%[12-18%]に低下しています。国によって成果は異なりますが、数力国はHIV母子感染をなくすという目標をほぼ達成しつつあります。

ブラジルは域内で唯一、公衆衛生システムを通じて曝露前予防内服（PrEP）を提供しています。一方、チリ、コロンビア、コスタリカ、エクアドル、グアテマラ、ハイチ、メキシコ、パナマ、パラグアイ、ペルー、ウルグアイでも、民間のクリニックやインターネット、非政府組織、パイロット研究などを通しPrEPを利用することはできます。それでも、地域全体でみると、現在のPrEP利用者数では、流行に大きな影響を与えるにはまだ不十分です。また、この地域の国々では、HIV自己検査の普及およびドルテグラビルを基本にした抗レトロウイルス治療の第一選択薬への移行が進んでいます。

ラテンアメリカ地域の少なくとも11カ国では、保健医療全般に対するユニバーサルアクセスの方が抗レトロウイルス治療へのアクセスよりも普及度が高い状態です。このことは、他の保健医療サービスに比べ、HIV関連のサービスには利用を妨げる障壁が大きく存在していることを示唆しています。最新のスティグマ指標調査によると、ペルーではHIV陽性者の21%、ブラジルでは2%が、HIV感染を理由に医療サービスの提供を拒否されたと報告しています。グアテマラは、HIV陽性の女性の6%、HIV陽性の男性の3%が、医療サービスを拒否されているとしています。パナマはHIV陽性のトランスジェンダー女性の11%が医療サービスを拒否されていると回答しました。女性のHIV陽性者は4%、男性のHIV陽性者は2%でした。

カリブ地域

カリブ地域は全体としてみれば、新規HIV感染もエイズ関連の死者数も大きく減少しています。発生率：有病率比は2010年の6.1%から2019年の3.9%へと着実に減少しました。

HIVの母子感染をなくすという目標に向けたカリブ地域の成果は大きく、7カ国が達成を確認しています。2019年には報告のあった9カ国中5カ国で、HIV陽性の妊婦の90%以上が自らの感染を知っていました。貧困層や移住者、ジェンダーに基づく暴力からの生存者を含め、HIV陽性の妊婦に対し妊娠初期からの妊婦ケアと治療の継続を確保するには、有効な戦略をさらに拡大する必要があります。

ただし、検査と治療のカスケードをみると、成果は全体的に停滞しています。コミュニティに根差したプログラムを通して積極的な症例把握を進め、ケアにつなげる（そして保持する）ために、成果が証明された手法を広げていくことが必要です。包括的な予防策の展開も十分ではありません。公衆衛生部門を通し曝露前予防内服（PrEP）を提供する国家プログラムはバハマとバルバドスにしかありません。ドミニカ共和国では非政府組織がPrEPを提供し、ジャマイカとスリナムでは民間部門とパイロット研究で利用できます。

この地域では人の移住が医療制度や教育制度、労働市場を圧迫するほど激しく、継続的なHIV対策の課題になっています。HIV予防やキーポピュレーションに焦点を当てた対策など、これまで国際的な援助資金で支えられてきたプログラムを自国で引き継げるようにすることも、政府の保健システムにとっては大きな課題です。持続的な成果につなげるには革新的な資金調達戦略が必要になります。

HIVに感染した子供の生存を確保するにはまず、ウイルス曝露を受けた新生児の検査を迅速に行い、抗レトロウイルス治療を直ちに始めなければなりません。カリブ地域における早期乳児診断のためのウイルス学的検査の普及率は、ジャマイカの21%からキューバの99%までさまざまです。

中東・北アフリカ地域

いまなお中東・北アフリカ地域のHIVの流行は拡大しています。2019年の新規HIV感染者数は推計2万人[1万1000-3万8000人]で、2010年の1万6000人[8700-3万1000人]と比べると25%増えています。

この地域の流行はキーポピュレーションとその性パートナーに集中しています。注射薬物使用者が2019年の新規HIV感染者の43%を占め、ゲイ男性など男性とセックスをする男性は23%でした。HIV自己検査の活用からPrEP、HIV治療の普及まで、キーポピュレーションに焦点を合わせたコンビネーション予防プログラムの拡大が必要です。HIV陽性の女性、HIVに影響を受けている女性は、ジェンダーに基づく暴力やスティグマ、差別によってとりわけ弱い立場にあり、HIVサービスの利用も制限されています。母子感染予防サービスの普及率が世界で最も低い地域の1つでもあります。

域内で続いている人道上の緊急事態とそれに伴う大規模な人の動きは、公衆衛生システム全般、とりわけHIV対策にとっても大きな試練です。HIV対策にはコミュニティに根ざした組織の役割が重要なのですが、市民の活動が制限されている国が多く、資金も制約されています。HIV陽性者やキーポピュレーションに対する懲罰的な法律やスティグマがさらに困難をもたらしています。

2030年までのエイズ流行終結をこの地域が果たすには、政治のリーダーシップを新たにし、ジェンダーの平等に取り組み、持続可能な資金を十分に確保し、人権尊重とエビデンスに配慮したアプローチでHIV自己検査や曝露前予防内服

(PrEP) などの革新的プログラムを拡大していく必要があります。

暴力はHIVの原因であり結果でもあります。LEARN MENA プロジェクトの調査結果は、HIVとジェンダーに基づく暴力の双方向の関係について、これまでのエビデンスを補強する結果になりました。そうした暴力がいかに関係が不平等なジェンダー規範に支えられ、維持されてきたかを示しているのです。プロジェクトに参加した女性の半数以上（54%）が、暴力または暴力に対する恐怖のために、HIV感染から身を守ることができなかったと述べ、3分の2が医療現場で暴力を受けた経験があると報告しています。政府、開発パートナー、市民社会は、HIV陽性の女性、および流行に影響を受けている女性を支援し、あらゆるレベルで体系的な変革の最前線に立つ必要があります。どんな立場の女性もジェンダーに基づく暴力にさらされることがないよう法律や政策を見直し、改革を急がなくてはなりません。

東ヨーロッパ・中央アジア地域

東ヨーロッパ・中央アジア地域は、いまでも世界でHIVの流行が拡大している3地域の一つです。2019年の発生率：有病率比は10.1で、世界のどの地域よりも高くなっていました。HIVサービスの規模拡大は、とりわけロシアでは急務です。また、HIV検査と治療開始の間に大きなギャップがあります。自らの感染を知っているHIV陽性者のうち治療を開始している人は63%[52-71%]であり、体内のウイルス量が抑制できている人は41%[34-46%]にとどまっています。

キーポピュレーションとその性パートナーは、2019年の新規HIV感染の99%を占め、流行から極端に大きな影響を受けています。レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックス（LGBTI）の人たち、およびHIV陽性者は、深刻なスティグマと差別を受け、それが効果的なコンビネーション予防の提供を阻んでいます。女性と少女に対する身体的、性的、精神的暴力もHIVサービスを大きく妨げています。

流れを変えるには大きな努力が必要です。最も厳しい影響を受けている集団に焦点を当て、コミュニティ主導で、自己検査やハームリダクション、曝露前予防内服（PrEP）などのHIVサービスを増やさなければなりません。コミュニティに根差した組織は、その役割を担うための能力強化に向けた支援と適切な資金を求めています。とりわけ、キーポピュレーションに向けたプログラムの策定には、国際援助からの独立を果たせるよう国のエイズ対策予算の確保が必要です。

西欧・中欧・北アメリカ地域

高所得地域である西欧・中欧・北米アメリカのほとんどでは、強力なHIV対策が進められ、発生率：有病率比は3.0となっています。これは新規HIV感染が減少し、HIV陽性者のほとんどが治療を受けて健康な状態で長く生きていけることを示すものです。

この地域の検査と治療の普及率は2020年のターゲットに迫っています。自らの感染を知っているHIV陽性者の割合は88% [70-100%]。HIV陽性者のうち治療を受けている人は81% [62-98%]。永続的にウイルス量が抑えられている人は67% [53-80%]です。この地域のいくつかの都市では曝露前予防内服（PrEP）の普及率が高く、ゲイ男性など男性とセックスをする男性の新規HIV感染の低下に寄与しています。

ただし、こうした成功により逆に多くの課題があいまいになっていっています。西欧と中欧では、不確かであてにならない状態で暮らす非正規移民にとって、HIV治療や新しい予防ツール（PrEPなど）を含むHIVサービスのアクセスは小さいままです。米国ではHIVの影響が黒人とラテンアメリカ系の人に極端に大きく、HIV陽性率は白人やアジア系の人より数倍高くなっています。

2019年には、この地域の新規HIV感染のほぼ3分の2はゲイ男性など男性とセックスをする男性でした。そして、新規感染全体の3分の1以上（36%）は、ゲイ男性など男性とセックスをする男性の若者（15-24歳）なのです。