



不平等に立ち向かう

パンデミック対策に向けたエイズ40年の教訓



第1章

報告書の紹介と要約

目次

- 4 不平等に立ち向かう
- 8 20年にわたるエイズ対策の成果を踏まえて
- 12 成果を左右した不平等
- 13 国内障壁としての貧困と学校教育の欠如
- 16 取り残された子供たち
- 17 HIV対策を阻むキーポピュレーションの犯罪化
- 19 女性、男性、若者が直面するそれぞれの課題
- 22 世界の進路を示す新戦略と2025年ターゲット
- 23 2025年ターゲットと2021年政治宣言の約束
何が新しく、野心的なのか
- 24 エイズ終結に向けたより強力で賢明な投資
- 28 不平等に拍車をかけるCOVID-19ショック
- 30 パンデミック対策に生かすべきHIVの教訓
- 31 GIPA原則
- 32 高い成果を上げた国が示すこれからの道



不平等に立ち向かう

北

半球で夏が始まる2021年の半ばになると、先進国では予防接種を受け終えた家族や友人が海岸や湖畔に集まっておしゃべりをしたり、バーベキューを行ったりする光景が見られました。普通の生活がやっと戻ってきたような印象を受けます。

21世紀の最初の四半期における「普通」は複雑です。大金持ちが豪華なヨットを浮かべる地中海では、紛争と飢餓に苦しみ、故国を逃れようとする難民たちが何人も溺死しているのです。同じ海域において「普通」はこれほどまでに意味が異なっています。世界中の多くの女性と少女にとって「普通」とは、結婚するかどうか、そして家族としての生活をいつ始めるのか、を選択できないということを意味しています。出生時に割り当てられた性別を拒否して生きようとする人、同性の相手と夜を過ごし、残りの人生を共に生きていこうとする人にとって「普通」とは、その選択によって嫌がらせを受けたり、投獄されたり、殺されたりすることを意味しています。「普通」とは、あなたの皮膚の色によって、警察官が親切にしてくれるか、まもってくれるか、首根っこをつかまえるのかを決める可能性があることを意味しています。「普通」とは、性別や性自認、性的指向、人種、収入によって、病気から身をまもり健康を維持するための施設や手段を得られるかどうかに大きな差があることを意味しています。「普通」とはエイズ関連の原因で年間68万もの人が亡くなっていることを意味しています。80万人の子供を含む1000万人以上のHIV陽性者が、命を救うために必要な治療を安価で利用できるはずなのに、それを受けられずにいるのです。

各国の国内でも国際間でも不平等は、明らかに存在しており、それが世界の「普通」になっているのです。COVID-19パンデミックがその不平等をさらに広げています。たとえば、COVID-19対策のロックダウンに伴い、先進国でも途上国でも女性と少女が家庭内暴力の被害を受けるリスクが高まっています(1、2)。国の保健・社会的保護システムから国籍のない人を排除することで、移民やその他の移住人口層は、コロナウイルスのパンデミックに対しとりわけ弱い立場に追い込まれています。HIV感染のリスクが高まっていた西ヨーロッパのセックスワーカーは、顧客を失い、収入も減少していますが、その多くは政府のCOVID-19支援対策を利用できずにいます(3)。

COVID-19ワクチンが普及すれば、何百万という人の命を救うことができるのに、途上国には回ってきません。感染の新たな波が襲い、もともと資金が不足している途上国の医療制度では対応しきれない状態です。COVID-19ワクチンを少なくとも1回接種した人の割合は2021年6月末現在、低所得国でわずか1%、下位中所得国でも11%です。高所得国ではこの時点ですでに46%に達していました(4)。



Credit: UNAIDS

このことはHIV陽性者にとって重大な影響があります。HIV陽性者の多くは低所得国および下位中所得国で生活しているうえ、SARS-CoV-2に感染したHIV陽性者はCOVID-19の重症化と死亡のリスクが高いことを示すエビデンスも増えているからです（5、6）。2020年には世界のHIV陽性者の3分の2（67%）がサハラ以南のアフリカで暮らしています（図0.1）。2021年6月現在、この地域でCOVID-19ワクチン接種率が最も高かったのは赤道ギニア（19%）、次いでボツワナとジンバブエ（それぞれ9%）、ナミビア（6%）となっています。他に5%を超えている国はありません（図0.2）。富裕国なら手に入ったHIV治療薬を利用できるようにするために何十年も闘いを続けた後で、途上国のHIV陽性者は、人びとに利益をもたらすはずの国際システムによって、再び健康への権利を否定されているのです。

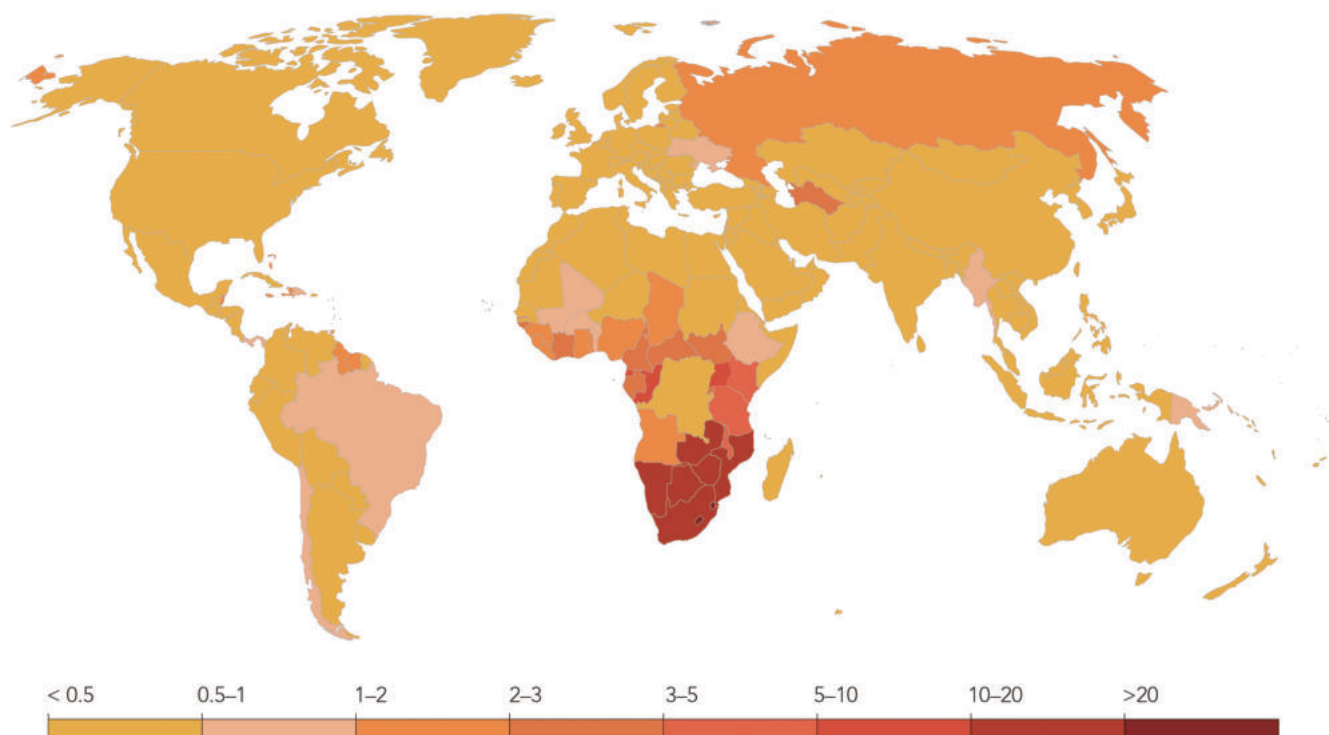
世界がCOVID-19に対応し、将来のパンデミックにも備えるためには、40年にわたるHIVとの闘いで得られた経験を検証し、その教訓を生かす必要があります。今年のグローバル・エイズ・アップデート報告でUNAIDSがまとめたデータとケーススタディは、エイズ対策の成功がどのようにして得られたのかを示しています。大切なのは十分な資金が動員されること、そして、最も大きな影響を受けているコミュニティがその資金を公平に使えるようにするための権限を保障することでした。それとは対照的に、分裂、格差、人権無視がHIV対策の失敗の大きな要因となり、HIVの流行が依然、世界的な健康危機であることを許しているのです。



HIVは、いまなお世界的な健康危機です。

- 世界のHIV陽性者は3770万人。
このうち1020万人は治療を受けられずにいます。
- 年間の新規HIV感染者は150万人。
- 年間のエイズ関連の死者数は68万人。

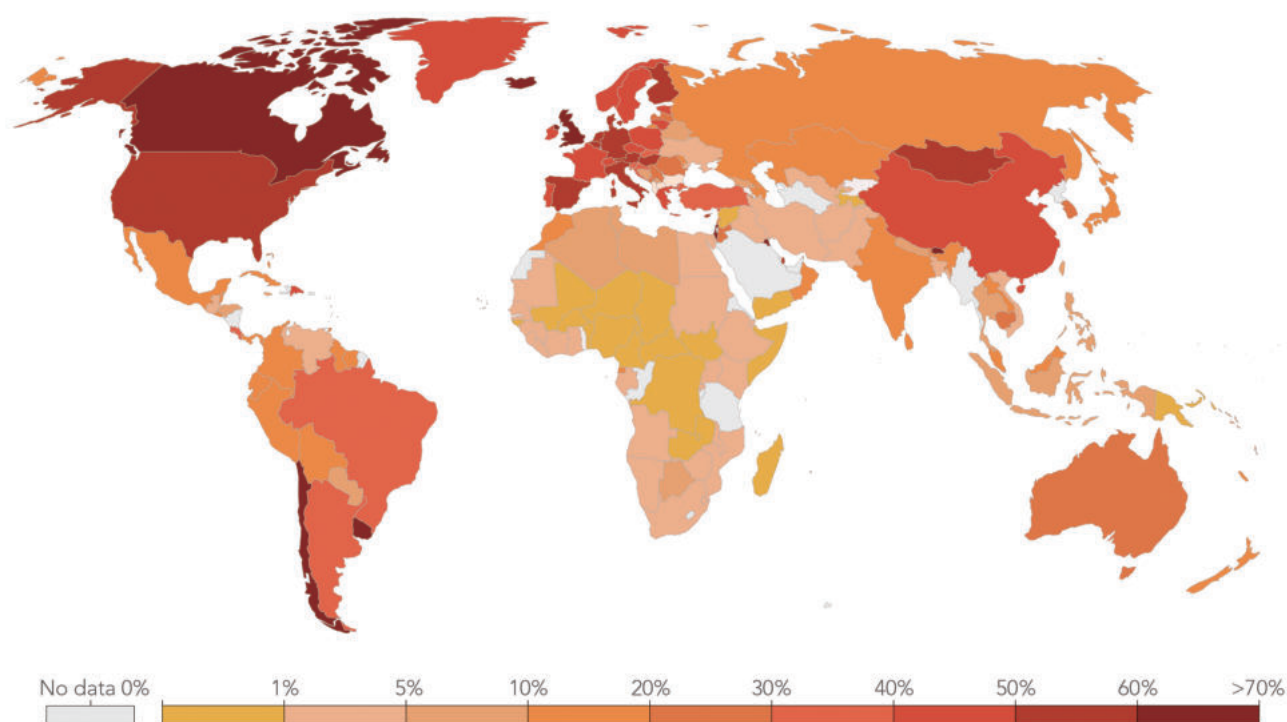
図 0.1 世界の成人層（15-49歳）のHIV陽性率、2020年



Source: UNAIDS special analysis, 2021.

Note: Data includes 244 countries and territories.

図 0.2 COVID-19ワクチンを少なくとも1回、受けた人の全人口に占める割合、国別、2021年6月23日現在



Source: Official data collected by Our World In Data (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).

Note: The vaccine coverage indicated may not equal the share that are fully vaccinated if the vaccine requires two doses.

90-90-90ターゲットは達成こそできなかったものの、目標から大きく隔たっていたわけではありません。2020年末の時点で、HIV陽性者全体のうち、自らの感染を知っている人の割合は84%でした。そして、感染を知ったHIV陽性者の87%が抗レトロウイルス治療を受けており、治療を続けている人の90%は体内のウイルス量が抑制されています。

20年にわたるエイズ対策の成果を踏まえて

新型コロナウイルスは、人類がこれまでに制御できず、排除もできていないパンデミックの病原体リストの最上位に位置づけられています。HIVもそうした病原体の一つです。2020年には世界全体で年間150万人〔100万-200万人〕が新たにHIVに感染し、68万人〔48万-100万人〕がエイズ関連の原因で死亡しました。エイズの最初の症例が記録されてから40年が経過してもなお、世界はこうした現実と直面しています。2020年のHIV陽性者数は世界全体で3770万人〔3020万-4510万人〕に達し、そのうち1020万人〔980万-1020万人〕はHIV治療を受けられずにいます。治療を受けていない人のうち、約410万人は自分がHIVに感染していることも知らず、610万人は自らの感染を知っているけれども治療を受けることができない状態です。

2001年に国連がHIVに関する最初の特別総会を開催してから20年の間に大きな成果が達成されてきました。それでもエイズパンデミックは巨大な規模で続いているのです。資金の厳しい国にとってはかつて、抗レトロウイルス薬はあまりにも高価で、服薬が複雑過ぎると考えられていました。しかし、2020年末には世界全体で推定2750万人〔2650万-2770万人〕のHIV陽性者が服薬しています。

90-90-90ターゲットはここ数年、HIV検査と治療の普及を促してきました。^(注1) ターゲットの達成により、少なくともHIV陽性者の73%が体内のウイルス量抑制を果たし、健康を維持することができるようになるとともに、ウイルスの拡散を防ぐことにもなります。UNAIDSが2014年に初めて90-90-90ターゲットを提案した時には、野心的な幻想にすぎないと嘲笑する人もいましたが、2年後の国連総会では、2020年にこのターゲットを達成することが世界共通の目標として採択されています。その結果、2020年末の締め切り段階では、地理的にも流行や社会経済的状況からみても、異なる状態にある少なくとも8カ国が目標を完全に達成しています。また、それ以外の11カ国でもHIV陽性者の73%が体内のウイルス量抑制を果たしていました。HIVの流行に最も大きな影響を受けている東部・南部アフリカ地域では、平均するとほぼ目標を達成しており、西ヨーロッパ・中央ヨーロッパ地域および北アメリカ地域ではHIV陽性者の74%がウイルス量の抑制を果たしています。

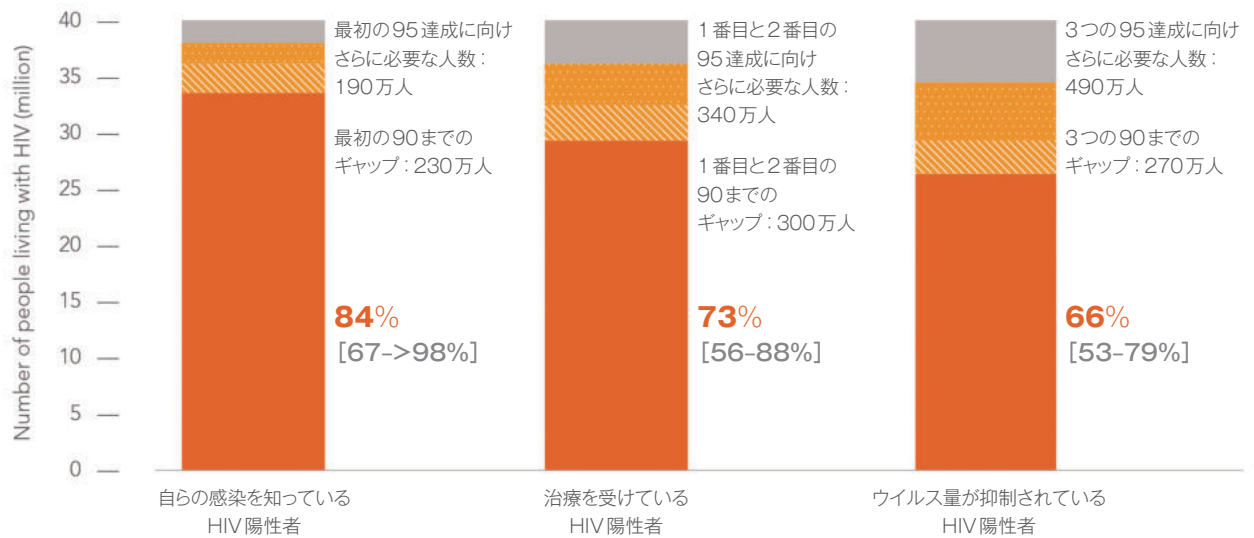
しかし、世界全体でみると、目標から大きく隔たっていたわけではありませんが、ターゲットは達成できずに終わりました。

2020年末現在、自らの感染を知っている人はHIV陽性者の84%〔67→98%〕であり、感染を知っている人のうち抗レトロウイルス治療を受けている人は87%〔67→98%〕、ウイルス量の抑制を果たしている人は治療を受けている人の90%〔70→98%〕でした。それぞれのギャップは小さいように見えますが、合計するとHIV陽性者の4分の1以上(27%)が治療を受けておらず、ほぼ3分の1は体内のウイルス量を抑制できていません(図0.3)。こうしたギャップは子供、若者、男性といった人口集団内ではさらに拡大しています。

(注1) 90-90-90ターゲットは、HIV陽性者の90%が自らのHIV感染を知り、感染を知った人の90%が治療を受け、さらに治療を受けている人の90%が体内のウイルス量の抑制を果たすことを目標にしている。



図 0.3 HIV 検査と治療のカスケード、世界全体、2020 年

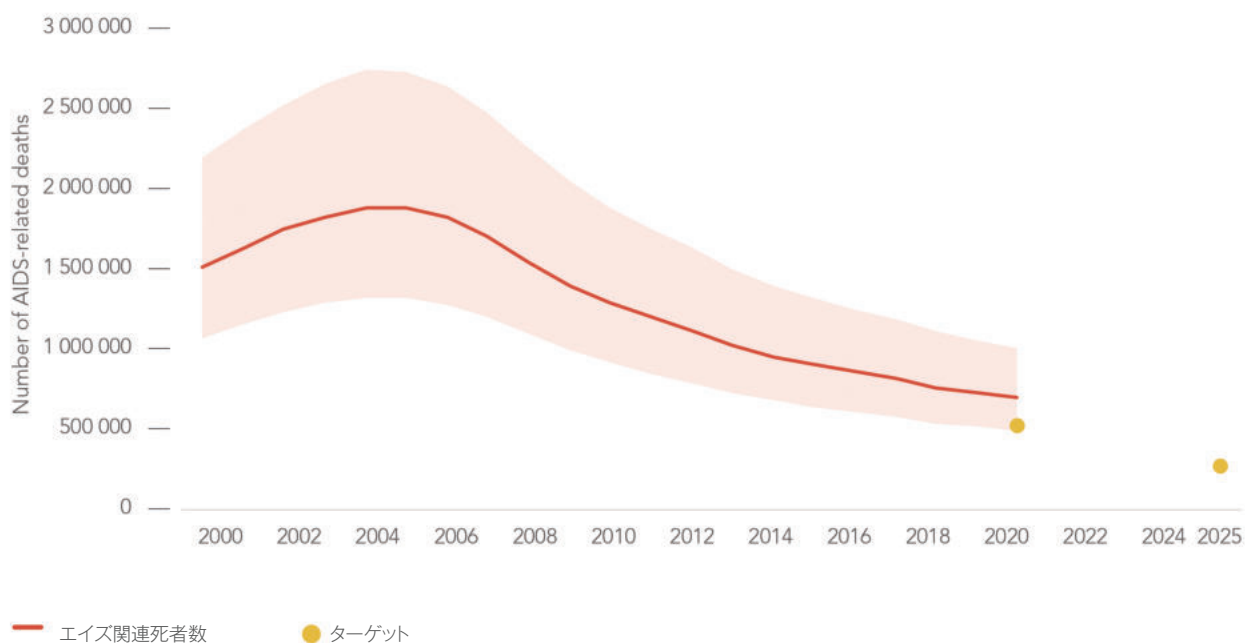


Source: UNAIDS special analysis, 2021.

HIV 治療が世界に普及したことで、何百万もの人の命が救われました。過去 20 年間で 1660 万人 [1170 万～2420 万人] のエイズ関連の死亡が回避されたと推定されているのです。とくに 2010 年以降はエイズ関連の死亡率が 47% 減少しています。(図 0.4)。

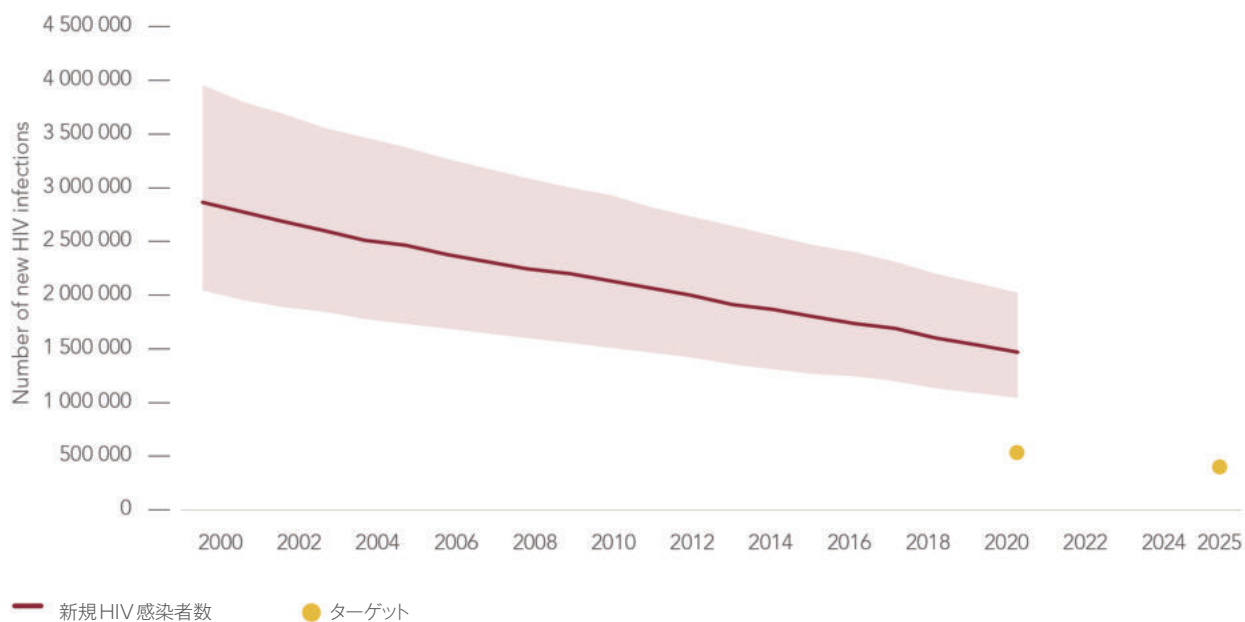
HIV 感染予防の成果はそれに比べるとあまりはかばかしくありません。成人の年間新規 HIV 感染者数は過去 4 年間、世界全体でみるとほとんど変化がありません。2010 年当時と比べても減少率は 31% にとどまっており、2016 年に国連総会で設定された 2020 年ターゲットの 75% を大きく下回っています (図 0.5)。予防に最大限の成果を上げるには、最も大きなリスクに直面している人たちに焦点を当て、構造的、行動学的、生物医学的アプローチを組み合わせた対策を導入する必要があります。このことはこれまでの経験で示されているのですが、あまりにも多くの国がその導入に失敗しているのです。コンドームを常に使用することは、可能ではあるものの、すべての人が実行するのは難しいということが証明されています。たとえば、多くの国で、女性が性行為の相手に対し、常にコンドームを使ってほしいと交渉するには、それを可能にする支援が必要であり、そのためにはもっと大きな機関が必要になります。曝露前予防 (PrEP) や自発的男性器包皮切除 (VMMC) の普及率も 2020 年には、5 年前に設定されたターゲットを大きく下回っていました。

図 0.4 2000-2025年のエイズ関連死者数、および2020年と2025年のターゲット



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

図 0.5 2000-2025年の年間新規HIV感染者数、および2020年と2025年のターゲット



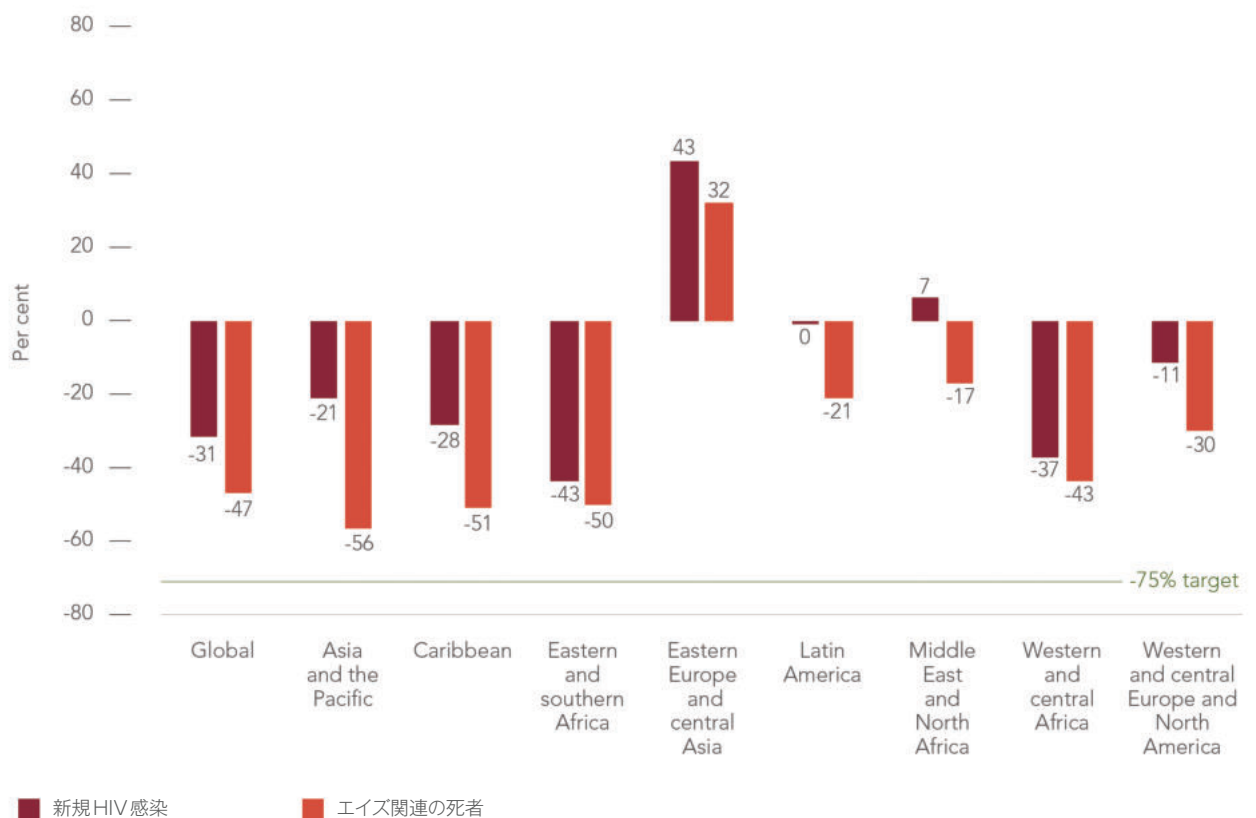
Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note: Please see the Annex on Methods for a description of how these estimates are calculated.

新規感染はサハラ以南のアフリカ地域とカリブ地域で最も大きく減少しているものの、それでも2016年に国連総会で合意したターゲットの75%減を達成できた地域はありません(図0.6)。また、東ヨーロッパ・中央アジア地域の大部分では、法律と政策による深刻な障壁に直面し、注射薬物使用者やゲイ男性など男性とセックスをする男性のニーズに応えられなかったことから、流行の拡大を招いています。中東・北アフリカ地域でも年間の新規感染者数が増加し、ラテンアメリカでは過去10年間、感染の減少は見られませんでした。

2016年の国連総会では、HIVの新規感染とエイズ関連の死亡を2020年までに75%減らすというターゲットに合意しましたが、そのターゲットを達成できた地域はありません(図0.6)。

図 0.6 新規HIV感染者数とエイズ関連死者数の推移、地域別および世界全体、2010-2020



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

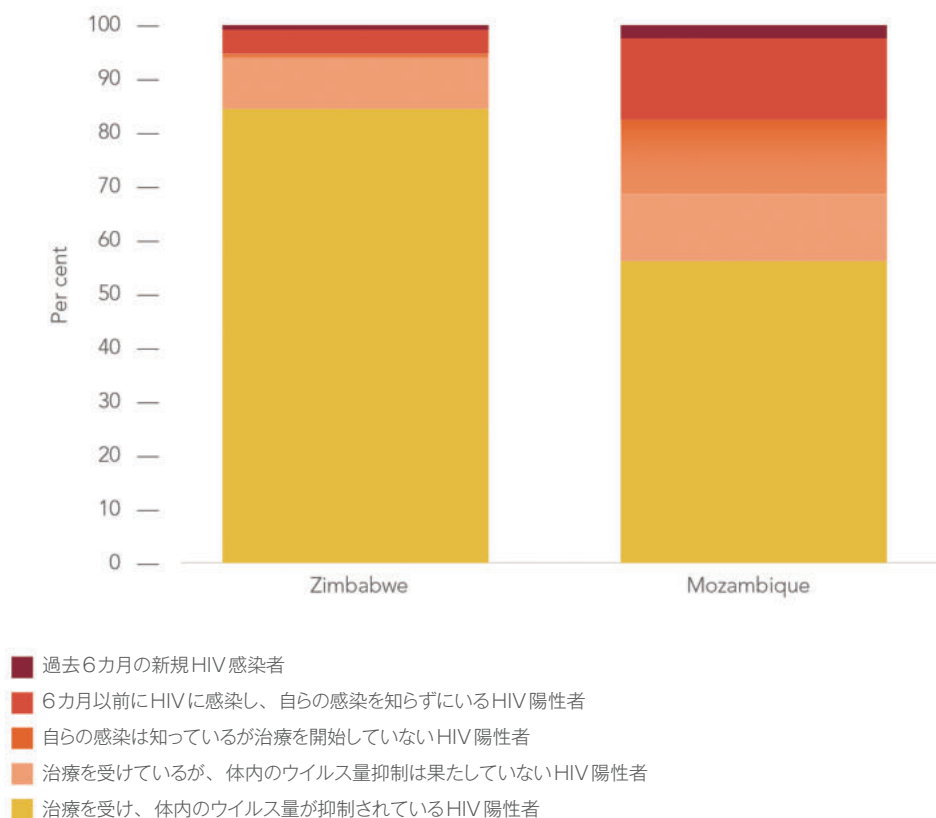
HIVプログラムを最大限活用して得られた大きな成果も、他の国の対応が不十分だったことから相殺されてしまいました。

成果を左右した不平等

HIV対策の成果には大きなばらつきがあります。人びとを中心にしたアプローチによって得られた最も高い成果も、他の国の対応が不十分だったことから相殺されてしまいました。

たとえば、エストニアでは、包括的なハームリダクションのサービスを拡大したことで、2007年から2016年の間にHIV感染が全国で61%減少し、注射薬物使用者の感染は97%減少しました（72ページのケーススタディを参照）（7）。しかし、隣国のラトビアでは、同時期に注射針交換プログラムを実施していたものの、規模が限られており、この間の新規HIV感染は全体で72%増加しています（7）。ジンバブエはHIV検査と治療の普及で先頭に立ってきた国です。アフリカ南部の国として、かなりの額の国内資金をエイズ対策に動員し、コミュニティはサービス提供にしっかり関与しています。国際的な財政および技術支援も強力で一貫したものでした。90-90-90ターゲットを達成する成果を上げており、国内ではHIV陽性の成人の82%がウイルス量の抑制を果たしています。隣国モザンビークは、ジンバブエとは対照的に、域内の平均から見ても遅れをとっています。国内ではHIV陽性の成人のほぼ半数（44%）がウイルス量を抑制できないままの状態にとどまっているのです（図0.7）。紛争や気候変動、高水準の貧困、貧弱な健康インフラなど国内には多くの課題を抱えています。

図 0.7 ジンバブエとモザンビークにおける成人（15歳以上）のHIV陽性者数、過去6カ月間の新規HIV感染者数、HIV検査と治療のカスケード、2020年



国内障壁としての貧困と学校教育の欠如

国内の不平等もまた、世界が2030年までにエイズ終結を実現することを妨げています。検査と治療の格差は、HIVの影響が深刻な人たち、社会から取り残された人たち、そしてより広範な医療サービスを利用できない人たちの間で拡大する傾向にあります。子供、若者、男性、そしてキーポピュレーションのHIV陽性者は、とりわけその格差が顕著です。年齢や性別、人種、所得に関連する不平等が互いに影響し合い、サービスへのアクセスを閉ざし、健康状態を悪化させているのです。

貧困と学校教育の欠如が、健康とHIVサービスに対する大きな障壁となっています。例えば、低・中所得32カ国で行われた人口集団の調査データでは、上位5分の1の富裕層に属している女性の方が下位5分の1の貧困層の女性よりも近代的な手段による家族計画を選択する可能性が高く、農村部よりも都市部にすむ女性、そして中・高等教育を受けている女性の方が（正規の教育を受けていないか、初等教育しか受けていない女性よりも）同様の傾向が高いことが示されています。自発的男性器包皮切除（VMMC）サービスの利用も、収入レベルに関連しているようです。最近の調査データのある12カ国中11カ国では、下位5分の1の低収入層の男性は、収入の多い男性よりもサービスを受けたと報告する割合はるかに低くなっています（01章参照）。

貧困は移住を促す要因にもなり、それがHIVサービスを利用しにくくすることが示されています。調査によると、HIV検査と治療のサービスは移民層にとって、非移民層より利用しにくい傾向があります（8-12）。国内の法律および規制は不法移民に対し、サービスへのアクセスを制限するのが一般的であり、国外追放を恐れて多くの人が不可欠なサービスの利用をためらっています。スティグマと差別が重要なサービスの利用をさらに困難にしています。キーポピュレーションに属する移民は、多くの国で特に厳しい差別を経験する恐れがあるのです（13、14）。

国内の不平等もまた、世界が2030年までにエイズ終結を実現することを妨げています。

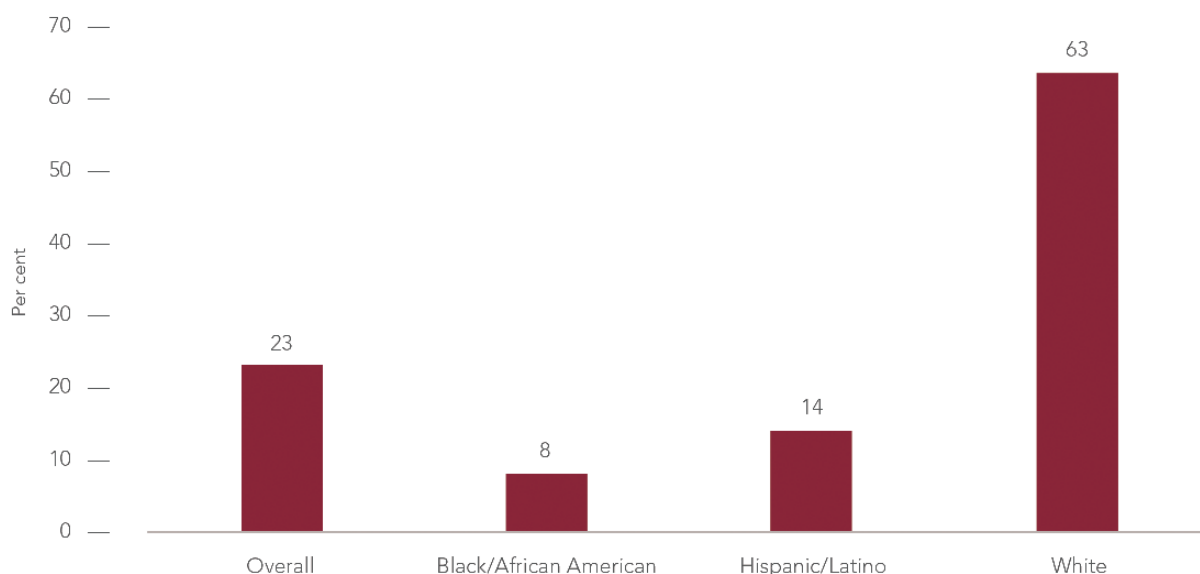
Credit: Karin Schermbrucker/Grassroot Soccer



人種によるHIVサービスの格差も先進国のいくつかの地域で記録されています。

人種によるHIVサービスの格差も先進国のいくつかの地域で記録されています。米国では、新規HIV感染者数に占める黒人層の割合が不釣り合いに大きくなっています。2019年には、黒人人口が米国の全人口に占める割合は13%だったのに、新規HIV感染者の割合は41%でした(15)。HIV予防サービスが普及していないことがその一因になっています。PrEPの対象となる人のうち、薬を処方されている人は、白人層だと63%に達しているのに、黒人層ではわずか8%、ヒスパニック/ラテンアメリカ系では14%でした(図0.8)(15)。HIV治療における重大な人種格差も報告されています。治療とケアの開始が遅く、抗レトロウイルス治療の継続率が低いこと、スティグマと差別の増加、医療提供者への不信やアクセスの欠如、健康保険を適切に利用できていないことなどが要因となっています(16-19)。こうした格差が多くみられるのは、黒人とラテンアメリカ系のゲイ男性など男性とセックスをする男性の間であり、この人たちは人種による不平等とホモフォビアの両方と闘わなければならないのです。

図 0.8 曝露前予防 (PrEP) の対象となる人の中での普及率、人種/民族集団別、米国、2019年



Source: 2019 National HIV surveillance system reports. In: cdc.gov [Internet]. 27 May 2021. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; c2021 (<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2021/2019-national-hiv-surveillance-system-reports.html>).



HIVの曝露を受けた乳児および小児への検査が十分に行き渡らないので、
HIV陽性の子供の5分の2以上が診断されないままになっています。
治療を受けている子供の数は2019年以降、減少しており、
2020年にはHIV陽性の子供約80万人が
抗レトロウイルス治療を受けていない状態です。

治療を受けていない子供のほぼ3分の2は5-14歳です。産後ケアの際にHIV検査で感染が把握できなかった子供たちです。

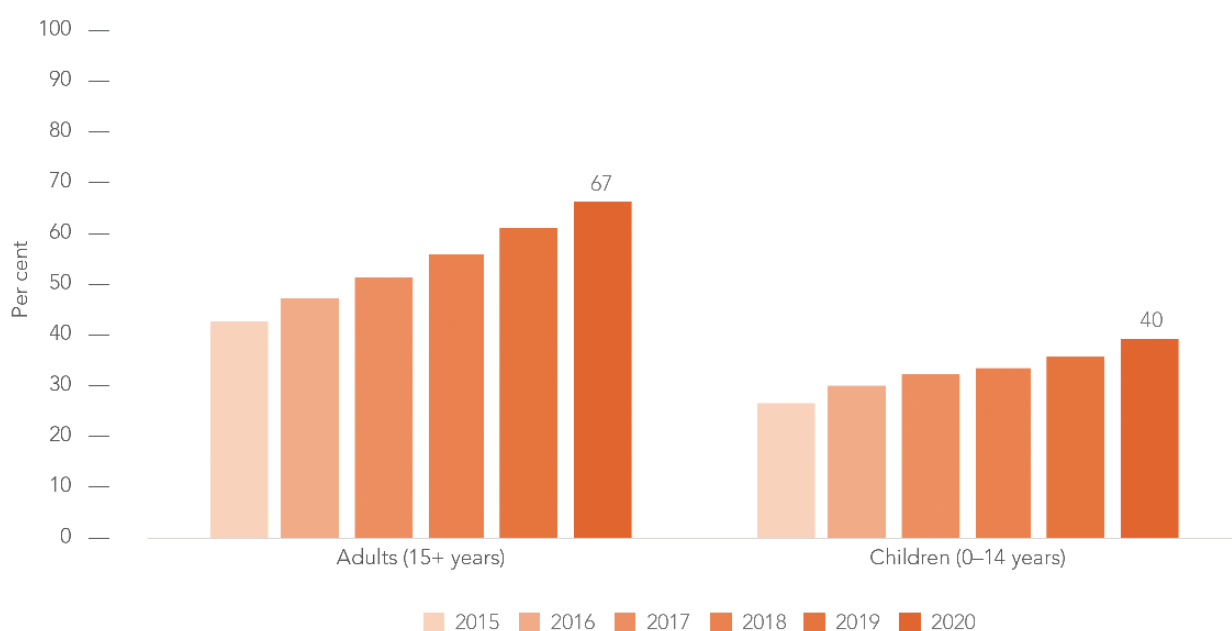
取り残された子供たち

2020年の子供の新規HIV感染は2010年当時と比べると半分以上に減っています（54%減）。減少の主な要因は、妊娠および授乳中のHIV陽性の女性が抗レトロウイルス治療を受けやすくなったことです。しかし、その勢いはかなり鈍化しており、治療を受けていないHIV陽性の妊婦の半数以上が住んでいる西部・中部アフリカ地域では特に大きなギャップが残っています。

HIVの垂直感染（母子感染）をなくすには、女性が性的に活発になり、家族計画を考え、妊娠、出産、母乳育児を行う際に、それぞれの段階で求められる一連のサービスを提供できるよう全体を通して改善していかなければなりません。女性がHIV感染から自らを守る力をつけ、HIVに感染した女性には速やかに抗レトロウイルス治療を提供し、体内のウイルス抑制を果たせるようプログラムをより良いものにしていく必要があるのです。

HIVの曝露を受けた乳児および小児への検査が十分にいきわたらないので、HIV陽性の子供の5分の2以上が診断されないままになっています。治療を受けている子供の数は2019年以降、減少しているのです。2020年にはHIV陽性の子供約80万人が抗レトロウイルス治療を受けていません。成人のHIV陽性者の67%が体内のウイルス量の抑制を果たしているのに対し、子供の場合は40%にとどまっています（図0.9）。治療を受けていない子供のほぼ3分の2は5-14歳です。産後ケアの際にHIV検査で感染が把握できなかった子供たちです。今後5年間の優先事項は、人権に基づく指標と家族・家庭の検査を充実させること、そして、取り残された子供たちを診断して治療に結び付け、生涯にわたるケアを維持できるよう小児治療を最適化することです。

図 0.9 ウイルス量が抑制されたHIV陽性者の割合、2015-2020年、成人（15歳以上）、子供（0-14歳）



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

HIV 対策を阻むキーポピュレーションの犯罪化

世界のどの地域にも、HIV 感染に対して特に脆弱なキーポピュレーションが存在しています。注射薬物使用者は、そうでない人に比べHIV感染のリスクが35倍高くなっていました。トランスジェンダー女性は他の成人より34倍、女性セックスワーカーは他の成人女性より26倍、そしてゲイ男性など男性とセックスをする男性は、異性愛者の成人男性より25倍もHIV感染のリスクが高くなります。2020年には世界の新規HIV感染者の65%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。サハラ以南のアフリカ以外では93%です。(図0.10)。

キーポピュレーションの人たちは、性自認や性表現、性的指向、生計を得る手段などを理由に社会から排除され、犯罪化の対象にされ続けています。ジョージタウン大学オニール国内・国際保健法研究所が中心になって行った生態学的分析では、キーポピュレーションの犯罪化がHIV対策に悪影響を与えることを示す様々な小規模研究の結果が裏付けられています(20)。同性間の性関係やセックスワーク、薬物使用を犯罪とみなしているところでは、それらを犯罪としていない国と比べ、HIV陽性者が自らの感染について知っている割合も、ウイルス抑制のレベルも有意に低くなっています。逆に、差別を解消するための法律や人権機関の存在、ジェンダーに基づく暴力への毅然とした対応などは、HIV対策の成果と正の相関関係がありました(20)。



キーポピュレーションの人たちのHIV感染リスク(2020年)

ゲイ男性など男性とセックスをする男性：異性愛男性の**25倍**

女性セックスワーカー：一般人口の女性の**26倍**

トランスジェンダー女性：他の成人の**34倍**。

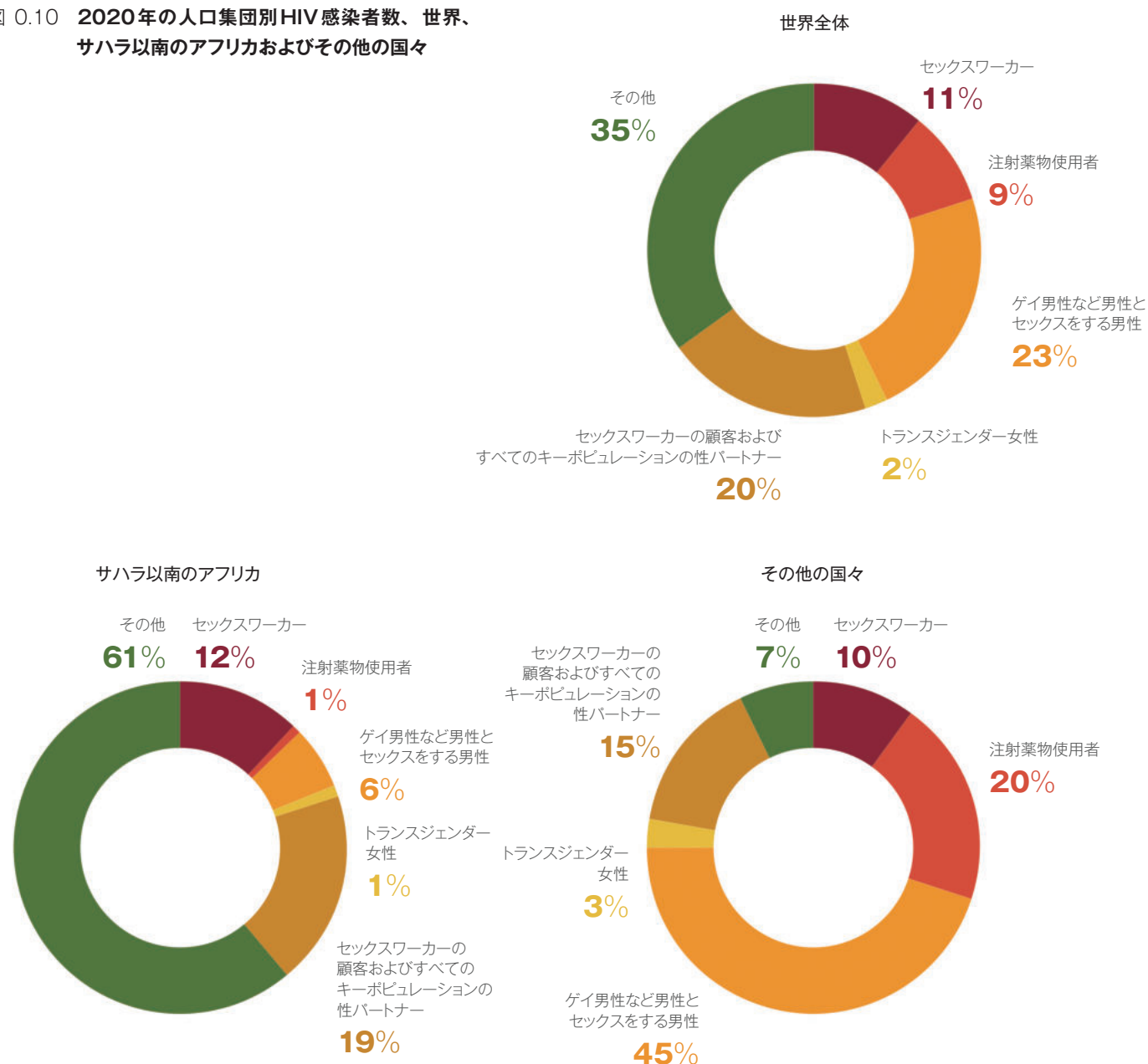
注射薬物使用者：薬物を注射しない人の**35倍**

国連が支援する写真展(ペルー)で話すトランスジェンダー女性。Credit: UNAIDS

キーポピュレーションの人たちは、性自認や性表現、性的指向、生計を得る手段などを理由に社会から排除され、犯罪化の対象にされ続けています。

国や地域を超えて、キーポピュレーションの人たちに向けた重要なHIV予防サービスは、極めて利用しにくい、完全に利用できない状態です。例えば、注射薬物使用者のためのハームリダクションサービスが意味のある規模で提供されることは、世界中のどの地域でもめったにありません。同様に、ゲイ男性など男性とセックスをする男性に向けた予防プログラムは、高所得国の多くを含め、依然、低い状態です。トランスジェンダーの人たちに向けた予防プログラムも一握りの国を除けば、わずかです。東部・南部アフリカ地域のセックスワーカーを対象にした予防プログラムも少ないままです。刑務所その他の閉鎖された環境にいる人たちには、比較的容易にHIVサービスを届けられる状態なのに、提供されていないことがよくあります。

図 0.10 2020年の人口集団別HIV感染者数、世界、サハラ以南のアフリカおよびその他の国々



Source: UNAIDS special analysis, 2021 (see Annex on Methods).

女性、男性、若者が直面するそれぞれの課題

ジェンダーの不平等と差別が、女性と少女から教育や保健、経済的機会などの基本的人権を奪っています。その結果、権限を奪われることによって、女性と少女は性の自律、意思決定力、尊厳と安全を否定されることになります。ジェンダーに基づく暴力は、最もひどいかたちであられるジェンダーの不平等のひとつです。女性と少女がHIVに感染するリスクを高め、HIV陽性の女性に対し、治療へのアクセスと治療継続を妨げるおそれがあります(21、22)。その影響はサハラ以南のアフリカで最も顕著であり、思春期の少女と若い女性(15-24歳)は全人口のわずか10%なのに、2020年には新規HIV感染の25%を占めています(図0.11)。

性と生殖に関する健康と権利は、女性と少女がHIV感染を防げるようにするための基盤です。国連総会は、妊娠・出産が可能な年齢の女性と少女の95%が2025年までにHIVサービス、および性と生殖に関する保健サービスを十分なかたちで受けられるようにすることを約束しました。しかし、現状ではその目標を達成できる低・中所得国はほとんどありません。

HIVの流行が社会に広がっている国では、少女が中等教育を修了することにより、様々な社会的、経済的利益に加え、HIV感染からも守られるというエビデンスがあります(23)。しかし、多くの国で女子は男子よりも中等教育を修了する可能性が低く、学校に存在する差別のために教育の質も低下しています。HIV感染の発生率が高いところでは、思春期の少女と若い女性を対象にした包括的な予防プロジェクトがいくつか実施されています。しかし、プロジェクトの規模は十分ではなく、女性と少女の多くはHIV感染のリスクが高い状態のままです。

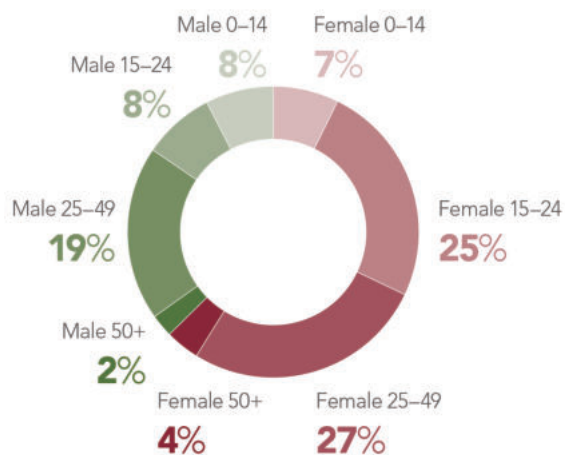
サハラ以南のアフリカ以外では、2020年の新規HIV感染者の58%を成人男性と少年が占めていると推計されています。その理由のひとつは、男性の方が女性よりもキーポピュレーションおよびその性パートナーの人口が多いことです。ただし、それだけではありません。世界中のすべての地域で、男性はHIVサービスを利用する可能性が低く、検査から治療の継続へと連なる流れの中で、HIV陽性の男性は一貫して女性よりも利用状況が悪いのです。HIV陽性の女性と比べると、HIV陽性の男性は、自らの感染を知らない人が100万人多く、感染を知っても治療を受けていない人が180万人多くなっています。また、体内のウイルス量が抑制されていない人は、男性の方が160万人も多い状態なのです。

どうしてケアを受けようとしない男性が多いのか。その説明のひとつとして、男らしさや忍耐強さを重んじるジェンダー規範をあげることができます。ただし、他の要因も関係しています(24)。東部・南部アフリカ地域では、妊娠・出産可能年齢の女性のプライマリヘルスケアサービスに焦点を当て、産科および母子保健サービスがHIVサービス提供の絶好のエントリーポイントになっています。男性には同様のエントリーポイントはありません(25、26)。男性にHIVサービスを提供できるようにする方策としては、職場における働きかけや自己診断アプローチの積極的な活用、外来部門でのサービス提供などがあり、男性の健康状態を改善し、性パートナーへのHIV感染の予防にも役立っています。

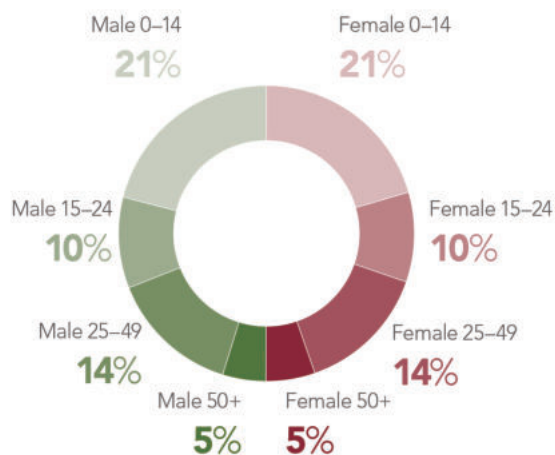
性と生殖に関する健康と権利は、女性と少女がHIV感染を防げるようにするための基盤です

図 0.11 2020年の年齢別・性別 新規HIV感染者数および人口分布、世界全体、サハラ以南のアフリカ、サハラ以南のアフリカ以外

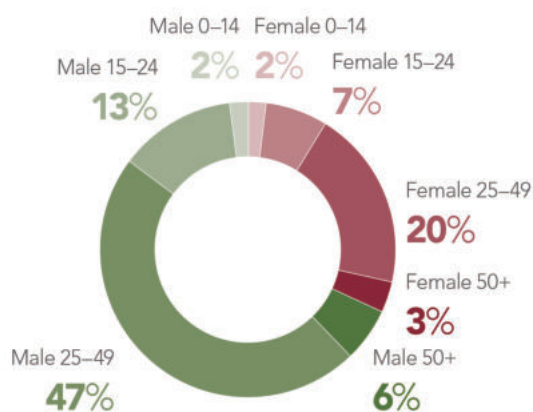
サハラ以南のアフリカの新規HIV感染者数



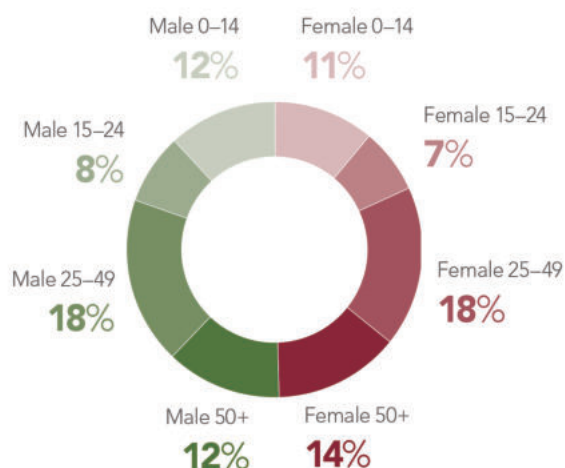
サハラ以南のアフリカの人口



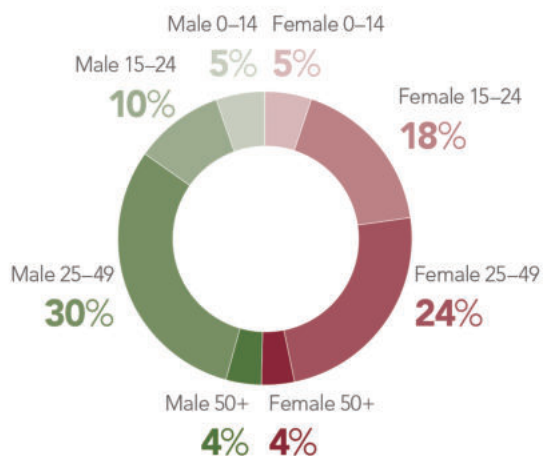
サハラ以南のアフリカ以外の新規HIV感染者数



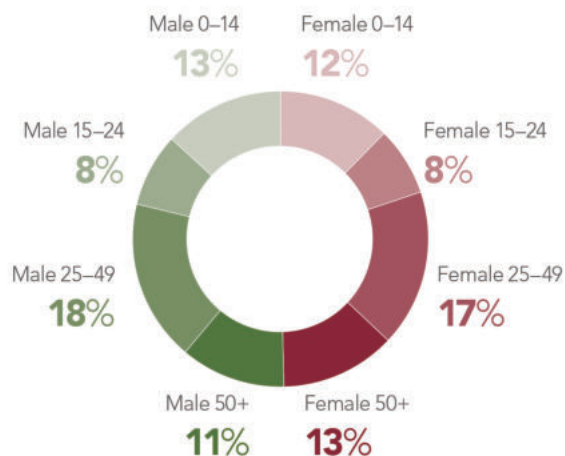
サハラ以南のアフリカ以外の人口



世界の新規HIV感染者数



世界の人口



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note: Due to rounding, the percentages do not add up to 100%.

2020年にはキーポピュレーションに属する若者を含め、世界全体の新規HIV感染の27%を若者が占めていました。HIVサービスや性と生殖に関する健康サービスを利用する際に、若者は親の同意を必要とするという障壁に直面しています。また、それぞれの年齢に適した良質の包括的性教育を十分に受けることができず、セックスとセクシュアリティに関する作り話や誤った情報に対して脆弱な状態のままに置かれてもいます。包括的性教育を受けた生徒や学生は、自分の決定や行動、そして他の人に影響を与えるかもしれない行動について、自ら判断する力を身に着けることができます。包括的性教育はまた、ジェンダーに基づく暴力を防ぎ、避妊手段の利用を増やし、性パートナーの数を減らして性交開始年齢を遅らせる役割も果たしています。

HIVサービスや性と生殖に関する健康サービスを利用する際に、若者は親の同意を必要とするという障壁に直面しています。また、それぞれの年齢に適した良質の包括的性教育を十分に受けることができず、セックスとセクシュアリティに関する作り話や誤った情報に対して脆弱な状態のままに置かれてもいます。



2021年のエイズに関する政治宣言は、ターゲットの達成年を2025年に設定し、大胆な約束を行っています。野心的ではありますが、エビデンスに配慮してまとめたUNAIDSの戦略的ガイダンスに基づき、各国とコミュニティが取り組んでいけば、達成は可能です。

世界の進路を示す新戦略と2025年ターゲット

エイズ終結には不平等に終止符を打つ必要があります。この2つは、UNAIDSがHIV対策の指針として各国に呼びかけている世界エイズ戦略2021-2026『不平等に終止符を—そしてエイズ終結を』の中心的テーマです。2021年6月に開かれたエイズパンデミックに関する国連総会ハイレベル会合では、この戦略が出発点として位置づけられています。国連加盟国はハイレベル会合に向けて、HIV陽性者や国連の高官、国際機関、民間部門、市民社会、学識経験者、その他の利害関係者代表と協議し、助言を受けてきました。公衆衛生上の脅威としてのエイズパンデミックを2030年までに終結させることは、持続可能な開発目標（SDGs）にも含まれる合意目標ではありますが、現実を目を向けると、世界は数多くの課題を抱え、その達成に向けた動きは大きく後れを取っています。そうした課題を克服するにはどうしたらいいのかを議論したのです。

数週間にわたる集中的な検討を重ねたうえで、国連総会はHIVとエイズに関する2021年政治宣言『不平等に終止符を打ち、2030年のエイズ終結に向けた軌道に戻る』を採択しました。宣言は、ターゲットの達成年を2025年に設定し、大胆な約束を行っています。野心的ではありますが、エビデンスに配慮してまとめたUNAIDSの戦略的ガイダンスに基づき、各国とコミュニティが取り組んでいけば、達成は可能です。



Credit: UNAIDS

2025年ターゲットと 2021年政治宣言の約束

何が新しく、野心的なのか

- **不平等に終止符を：**エイズパンデミックを永続させている社会、経済、人種、ジェンダーに関する不平等に終止符を打つため、緊急に、変革を促す行動を取る。
- **公平な成果に向けたきめ細かい目標設定：**関連する人口集団や地理的な設定を通し、HIVコンビネーション予防、検査と治療のターゲットを達成する。
- **優先順位を付けたコンビネーション予防：**HIV予防の包括的なパッケージの中で、組み合わせに優先順位を付け、HIV感染のリスクがある人たちの95%がそれを利用できるようにする。
- **キーポピュレーション：**男性とセックスをする男性、注射薬物使用者、女性セックスワーカー、トランスジェンダーの人たち、受刑者など閉鎖された環境にいる人たちを含むキーポピュレーションは、とりわけHIV感染の高いリスクに直面していることを認識する。
- **新たなHIVカスケード：**すべての人口集団、地理的な設定において、検査、治療、ウイルス抑制の95-95-95ターゲットを達成し、少なくとも3400万人がHIV治療を受けられるようにする。
- **検出限界値未満なら感染しない (U = U)：**体内のウイルス量が検出できないレベルにまで抑えられているHIV陽性者から他の人にHIVが感染することはなく、抗レトロウイルス治療によるウイルス量の抑制がHIV予防に大きな効果があることを認識する。
- **子供の新規HIV感染をなくす：**妊娠中および授乳中の女性の95%が、HIVのコンビネーション予防、出生前のHIV検査、再検査を受けられるようにすることで、HIV陽性の女性の95%が妊娠・出産時と授乳中のウイルス抑制を達成し、維持する。また、HIVの曝露を受けた子供の95%が2カ月以内に検査を受け、HIV陽性の場合は最適な治療を受けられるようにする。
- **エイズ対策に必要な資金を確保する：**低中所得国向けに年間290億ドルの資金を確保する。その中には社会的イネーブラー（課題解決の実現を支える要因）に向けた投資を少なくとも31億ドル含める。
- **社会的イネーブラーの10-10-10ターゲット：**
 - 女性、少女、HIV陽性者、HIV感染のリスクにさらされている人、HIVの影響を受けている人の間で、ジェンダーに基づく不平等や性的暴力、ジェンダーに基づく暴力を受ける人の割合を10%未満に減らす。
 - サービス利用の拒否または制限につながる抑圧的な法律、政策環境がある国を10%未満に減らす。
 - スティグマや差別を受ける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を10%未満に減らす。
- **性と生殖に関する健康：**妊娠出産が可能な年齢の女性と少女の95%が必要なHIVサービスや性と生殖に関する保健サービスを受けられるようにする。
- **手頃な価格の治療薬、診断薬、ワクチン、健康技術へのアクセス：**安全かつ効果的で品質が保証された医薬品が世界のどこでも手ごろな価格で入手可能となり、利用できるようにする。その対象にはジェネリック医薬品、ワクチン、診断薬、およびHIV感染とその重複感染症、併存疾患の予防、診断、治療のための健康技術も含む。
- **サービスの統合：**保健および社会的保護システムへの投資を約束し、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90%が、それぞれの事情に応じたHIVその他の統合的なサービスを受けられるようにする。
- **コミュニティのリーダーシップ、およびコミュニティによるサービス提供とモニタリング：**コミュニティ主導のHIVサービスを増やし、関連するネットワークとコミュニティに持続可能な資金が確実に提供されるようにする。そこにはHIV対策の策定と運用の際の意思決定も含まれ、コミュニティによるモニタリングと調査を通じたデータも作成できるようにする。
- **GIPA：**HIV陽性者のより積極的な参加の重要性を指摘したGIPA原則についてははっきりと言及し、実践する。

エイズ終結に向けたより強力で賢明な投資

エイズ終結には、相当な額の国内資金を追加投資し、国際的な資金貢献をより活性化させることが求められています。また、利用可能な資金を効率的に配分し、COVID-19パンデミックによる財政的な影響に対応する創造的な解決策を打ち出す必要があります。

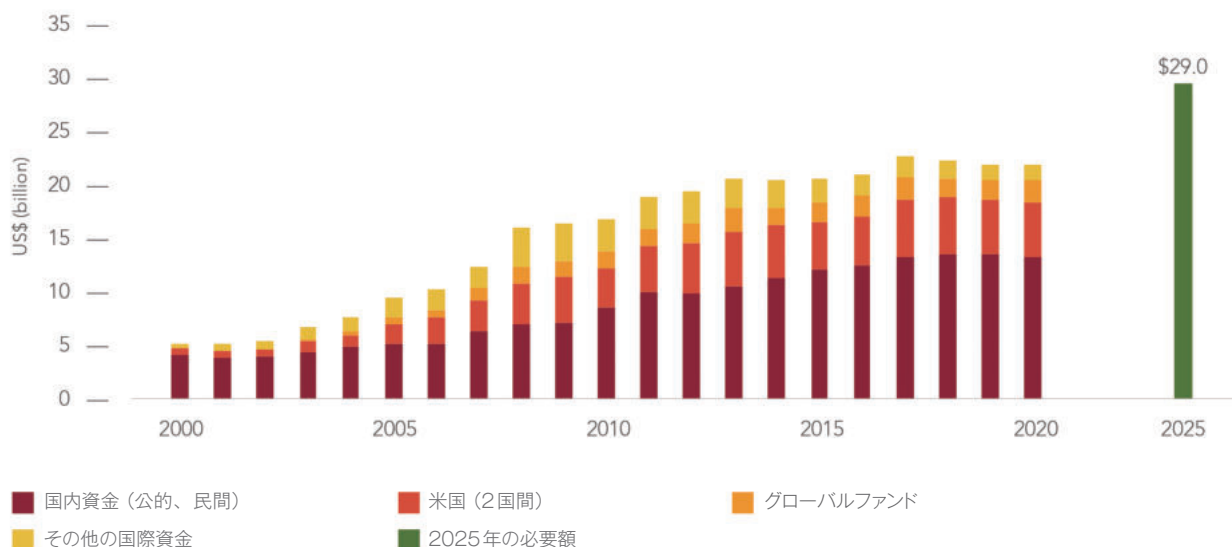
2020年のグローバルターゲットを達成できなかった主な理由は、低・中所得国のHIV対策への投資が不足していたことです。過去5年間に利用できた財源は、一貫して必要な資金を下回っており、2020年には、ターゲットとしていた260億ドル（2016年時点のドル換算）より29%も不足していました。^(注2、3) 低・中所得国におけるHIV対策への投資は過去10年、国内資金（公的および民間資金）の拡大が主な源泉でしたが、その国内投資も横ばい状態になり、減少し始めています。国際的な資金貢献はこの10年間、後退気味で、2020年には、2010年と同じレベルに戻っていました。国内資金と国際的な資金貢献を合わせると、利用可能な資金の総額は3年連続で減少しています。

(注2) この章の資金利用可能額と必要額の見積もりの対象となる低・中所得国のグループは、2020-2021年の世界銀行による国の所得レベル分類に従っている。

(注3) 2020年目標に対する不足率は、2016年のエイズ終結に関する政治宣言の資金目標と一致するよう、2016年ドル換算に基づく2020年利用可能額見積もり（185億ドル）を使用。この章の他の資金利用可能額と必要額の見積もりは、2019年ドル換算で、2021年のエイズに関する政治宣言の資金目標に合わせてある。

プログラムを遂行し、成果を上げることに失敗すれば、HIV陽性者やHIV感染のリスクに直面している人、サービスを必要とする人が増えることになります。2030年のエイズ終結という世界的な目標に向けてエイズパンデミック対策を軌道に戻すには、より高いレベルの資金が必要です。2021年のエイズに関する政治宣言で設定された2025年ターゲットを達成するには、低・中所得国のHIV投資額を2020年に利用可能だった資金額215億ドル（2019年換算）から、年間290億ドル（2019年換算）に増やす必要があります。その対象には、以前は高所得国に分類されていた国も含まれています（図0.12）。

図 0.12 低・中所得国における利用可能なHIV資金額 2000-2020年および2025年ターゲット



Source: UNAIDS financial estimates and projections, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note: 資金見積もりは2019年ドル換算。対象国は2020年に世界銀行が低・中所得国として分類した国

エイズ対策の資金を必要額の額面通りに確保することは課題の一部にすぎません。資金を誰が出し、どこで、どのように使われるかについても、注意深く追跡していく必要があります。

HIVに最も大きな打撃を受けている東部・南部アフリカ地域の資金需要は、2025年に世界全体の低・中所得国で必要とされる推定額の29%を占めています。アジア太平洋地域が総資源需要のかなりの部分（32%）を占めているのは、主に人口規模が大きくHIV予防対策に力を入れる必要があること、および一部の国では単価が高くなることによるものです。ラテンアメリカ地域や東ヨーロッパ・中央アジア地域で一人当たりの資源需要が比較的、高くなるのも、単価が高いからです。

地域別に資金利用のパターンをみていくと、十分な資金が投資され、賢明な使い方をするれば、成果は大きくなることが示されています（図0.13）。たとえば、東部・南部アフリカ地域では、国内投資と国際資金を組み合わせることで、HIVの影響を極めて大きく受けているところでもHIVの予防、検査、治療を急速に拡大していくことができました。また、その結果、HIV感染率とエイズ関連の死亡率が着実に、しかも大きく減少しています。東部・南部アフリカ地域およびカリブ地域では、2020年に利用可能な人口一人当たりの資金額が、2025年の投資目標額を達成または上回っていたのですが、それでも2025年ターゲットの達成軌道には乗っていません。このことは、地域内のいくつかの国で、さらに資金の配分と運用効率を高める必要があることを示しています。ラテンアメリカ地域ではこのパターンがより顕著です。HIV陽性者一人当たりの支出は比較的高いレベルが維持され、HIV予防の成果も比較的、低い発生率（人口1000人あたり0.16人の感染）に達したものの、そこから下げ止まっています。

西部・中部アフリカ地域では、大幅に資金が不足しており、（医療費などの）自己負担支出に継続的に依存していることから、HIV感染の発生率とエイズ関連の死亡率の低下はより緩やかなものにとどまっています。HIV感染の発生率とエイズ関連の死亡率が比較的低いアジア太平洋地域では、死亡率は低下しているものの、HIV発生率の方はあまり低下しておらず、多くの国でHIV予防への投資を増やす必要があることが示されています。東ヨーロッパ・中央アジア地域ではHIV感染もエイズ関連の死亡も急増しています。また、中東・北アフリカ地域でも感染が増加しています。このことは、これら2つの地域のほとんどの国でHIV対策資金が大きく不足していることの反映です。

2020年のグローバルターゲットを達成できなかった主な理由は、低・中所得国のHIV対策への投資が不足していたことです。



世界エイズ戦略は、コンドーム、曝露前予防（PrEP）、自発的男性器包皮切除（VMMC）など、HIVの一次予防対策のための国内および国際的な資金の倍増を求めています。

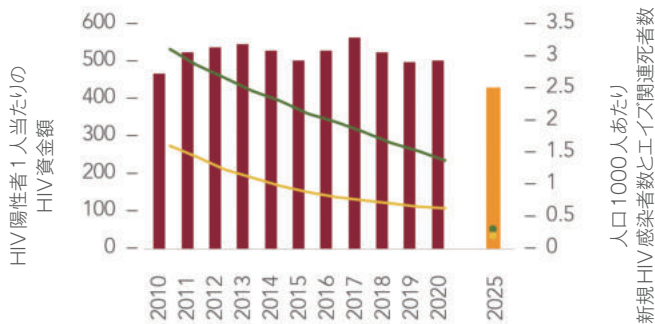
ほとんどの地域では、HIV感染の高いリスクに曝されている集団に対する効果的なコンビネーション予防サービスのための資金が不十分です。世界エイズ戦略2021-2026は、コンドーム、曝露前予防（PrEP）、自発的男性器包皮切除（VMMC）など、HIVの一次予防対策のための国内および国際的な資金の倍増を求めています。2019年の低・中所得国の推定支出額は52億ドルでしたが、2025年には約95億ドルに増やす必要があります。HIV予防のためのこうした追加資金のかなりの部分は、すべての地域のキーポピュレーション、およびHIVの影響が大きいサハラ以南のアフリカ地域の思春期の少女と若い女性に焦点を当てて配分すべきです。

2020年にHIV対策資金として利用できた金額と2025年に必要な資金額との格差は、国内資金を増やす余地がある上位中所得国で大きくなっています。対照的に低所得国は依然としてドナーの財源に大きく依存しています。一つにはこれは、税収のかなりの部分を債務返済に費やさなければならない国があるからです。COVID-19パンデミック関連の赤字支出は今後数年間、あらゆる所得レベルにわたる国でHIV対策の資金確保に影響する恐れがあります。

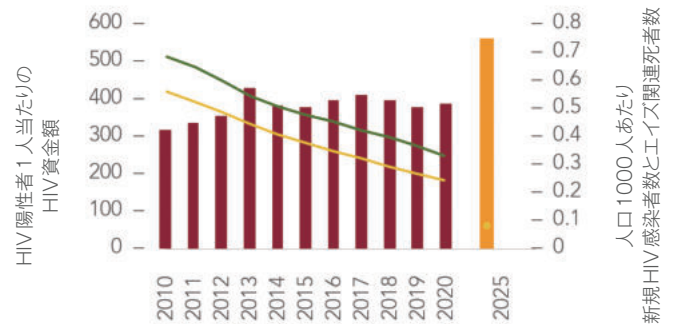


図 0.13 低・中所得国におけるHIV陽性者1人当たりのHIV資金額、HIV感染率、エイズ関連の死亡率、2010-2020年および2025年ターゲット

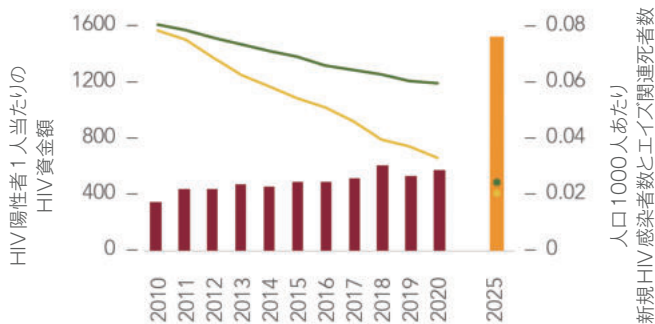
東部・南部アフリカ地域



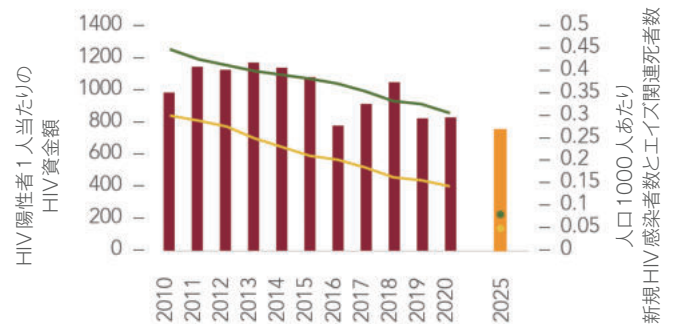
西部・中部アフリカ地域



アジア・太平洋地域



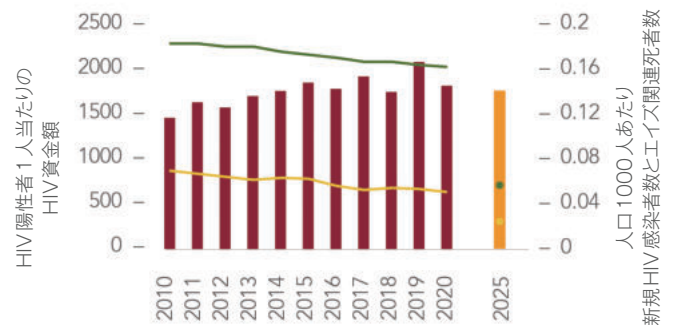
カリブ地域



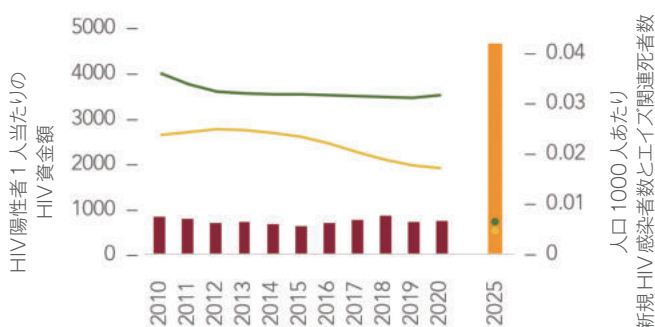
東ヨーロッパ・中央アジア地域



ラテンアメリカ地域



中東・北アフリカ地域



■ HIV陽性者1人当たりのHIV対策資金額
 ■ HIV陽性者1人当たりのHIV対策必要額(2025年)
 — 人口1000人あたり新規HIV感染者数
 — 人口1000人あたりのエイズ関連死者数

Source: Analysis based on UNAIDS epidemiological and financial estimates and projections, 2021.

経済的な救済を確実に
行うことはステップ1（第
一步）です。そして、ス
テップ2はCOVID-19、
HIV、その他の重大な健
康問題から人びとをまも
るために、資金が保健予
算に流れるようにするこ
とです。

不平等に拍車をかけるCOVID-19ショック

国際通貨基金（IMF）は、COVID-19のパンデミックによりすでにある不平等と貧困が悪化していることを警告しています。世界の最富裕層の国々は、過去数十年で最悪の健康危機と経済ショックから経済と人口をまもるために、財政赤字を急増させ、COVID-19の対応に数兆ドルを投入しました（27）。しかし、途上国にまわるのは、その巨額な資金のほんの一部にすぎません。将来の開発援助の削減が警戒されている中で、100億ドルの政府開発援助が追加されただけなのです（28）。

低所得国ではこの間、パンデミックによる景気後退が歳入の崩壊を招き、公的債務の負担も大きいことから、危機対応能力は大きく制限されています（27、29）。2019年当時、低・中所得国は政府歳入の平均10.7%を医療に費やし、12.2%を対外債務の支払いにあてていました（30）。これらの国の多くはパンデミックの間、医療制度や社会的セーフティネットに追加の資金手当てをすることがほとんどできていません。途上国のワクチン接種率は低いままの状態が続いており、変異株による流行の新たな波によって多数の低・中所得国で緊急の債務免除が必要となることが明らかになりました。

世界で最も裕福な国々からなるG20グループは、46の低所得国に対し2020年の債務返済額70億ドル分の返済を延期することに合意し、2021年にも同様の金額の返済延期が予想されています（31）。しかし、2020年の返済延期額は、これらの国々の債務返済額の24%に過ぎません。このため、返済額の4分の3は、前例のない危機に対応するため切実に必要とされる資金の中から、支払いを続けなければならないのです。

新たな資金源も活用されています。2021年4月には国際通貨基金（IMF）が、準備資産である特別引出権（SDR）について、過去最大の約6500億ドル相当を加盟国に配分すると発表しました。この配分により、各国は債務を増やすことなく追加の流動性を得ることができるのです（32）。しかし、これらの資金はIMF加盟国の出資比率に比例して配分されるため、市民社会アクティビストは、富裕国が全体の約3分の2を受け取り、低所得国が受け取れるのは約1%になってしまうと警告しています（33）。このため、専門家、学者、市民社会のグループは、この特別引出権の割り当てをCOVID-19危機の規模に合わせて1兆-3兆ドルに増やすこと、そして富裕国には未使用の割り当て分を貧困国に譲渡することを要請しています（34）。経済的な救済を確実に行うことはステップ1（第一步）です。そして、ステップ2はCOVID-19、HIV、その他の重大な健康問題から人びとをまもるために、資金が保健予算に流れるようにすることです。



低所得国では、パンデミックによる景気後退と公的債務負担によって
危機対応能力が大きく制限されています。
途上国のワクチン接種率は低いままの状態が続いており、
変異株による流行の新たな波によって
多数の低・中所得国で緊急の債務免除が必要になりました。

COVID-19の流行が途上国の医療制度を圧迫し、ワクチンの普及率が低いままの中で、治療薬やワクチン、その他の医療技術に関する国際的な知的財産権に関する議論が激化しています。

パンデミック対策に生かすべきHIVの教訓

HIVの検査と治療で得られた成果は、各国が最も大きな影響を受けている人たちの声に耳を傾け、協力してそのニーズに対応していけば、どんな結果を生み出せるのかということを示しています。何十年もの間、HIV陽性者やキーポピュレーションの人たちのコミュニティは、世界のエイズ対策の推進役となっており、先進国と途上国の両方で、医薬品を手ごろな価格で得られるようにすること、HIV対策に十分な資金を確保することを求めてきました。HIV陽性者にはそれが生死にかかわる問題なのです。

1990年代後半には、ブラジルが低価格のジェネリック抗レトロウイルス薬を製造し、南アフリカではHIV陽性者人口が増加する中で、これらの薬を手ごろな価格で利用できるように求める動きが起きました。しかし、そうした努力は、多国籍製薬企業や先進国から激しい反発を受けています(35)。抗レトロウイルス薬の費用は2000年当時、患者1人あたり年間約1万ドルだったので、利用できるのは富裕国の数千人の患者に限られていました。その中で、すべての人が抗レトロウイルス治療を利用できるよう求めて活動していたのが、ウガンダのエイズ支援組織(TASO)や南アフリカの治療行動キャンペーン(TAC)などの市民社会組織です。サハラ以南のアフリカでは2001年、エイズ関連の年間死亡者数が160万人(110万-240万人)を超え、地域全体が壊滅の危機に迫り込まれていました。世界貿易機関(WTO)の加盟国はこの年、TRIPS協定のもとで、公衆衛生に関するドーハ宣言を採択しています。HIV、結核、マラリアなどの感染症の流行を含む公衆衛生上の危機に国家が対応しようとする際には、特許などの知的財産権保護がその妨げになってはならないということを確認するものでした(36)。(注4)ドーハ宣言で認められた治療薬と健康技術の特許に関する強制実施権、および自発的ライセンス許諾メカニズムにより、ジェネリック薬の生産が促進され、手頃な価格で治療薬や医療用品を調達、流通させることが国際的に支援されるようになりました。それ以来、低・中所得国における抗レトロウイルス薬の3剤併用療法の価格は下がり、一人当たりの年間平均価格は100ドル未満になっています。(注5)

COVID-19の流行の波が途上国の医療制度を圧迫し、ワクチンの普及状況も低いままにとどまっていることから、治療薬、ワクチン、その他の医療技術に関する知的財産権をめぐる世界の議論が再び活発化しています。UNAIDSやHIV陽性者のネットワークを含む、HIV対策のリーダーたちは、「人びとのワクチン・イニシアチブ」の一環としてこの議論に加わってきました。このイニシアチブが提唱する緊急の措置には、次のものが含まれています。COVID-19ワクチン、治療法、および関連技術に関する知的財産権の一時的な放棄；世界保健機関(WHO)のCOVID-19技術アクセス・プール(C-TAP)を通じた製薬会社のCOVID-19関連技術とノウハウの共有；世界のワクチン生産を増やし、COVID-19のワクチン、治療、検査を無料で提供できるように保証する即時かつ大規模な公的投資(37)。

(注4)「TRIPS」は、知的所有権の貿易関連の側面(Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)を表す。

(注5)2020年にこの価格で利用できる第一、および第二選択薬の組み合わせには、TDF / 3TC / DTG、TDF / 3TC / EFV、AZT / 3TC / NVP、およびTDF / FTC / EFVが含まれる。詳細は第09章(エイズを終わらせるための投資)参照。

GIPA原則

エイズ・パンデミック対策の初期段階から、HIV陽性者は意思決定の場に加わることを正当な要求として求めてきました。HIVの影響を受けたコミュニティはまた、保健・社会サービスの提供に最前線に関与し続けています。サービス提供を妨げる法律や慣行の廃止を求め、社会から排除されがちなコミュニティにサービスを提供するためのもう一息の努力を続け、プログラムの有効性を確保し、説明責任を果たせるようモニタリングを行ってきたのです。

HIV陽性者のより積極的な参加は、GIPA原則として知られ、1983年にHIV陽性のアクティビストたちによる史上初の大規模な会議で表明されました。この原則は、1994年のバリ・エイズサミットで公式のものとなり、42カ国の政府代表が「HIV陽性者のより大きな関与を支持」し、「支援的な政治的、法的、社会的環境の創出を促す」ことに合意したのです(38)。

各国の国内におけるコミュニティのリーダーシップとサービス提供は、HIV対策と同じように、COVID-19に対しても極めて重要なことが明らかにされています。コートジボワール、インドネシア、ケニアなどではコミュニティグループが抗レトロウイルス薬と結核薬を個人の自宅や地元のドロップイン（立ち寄り）センターに届けています。また、エスワティニやケニアでは、キーボピュレーションの人たちが利用しやすい場所を配布ポイントにして、コンドームと潤滑剤、HIV自己検査キットを配っています(39)。コミュニティ主導の組織はまた、COVID-19に関しても、知識や情報を伝えて理解を深め、個人用防護具（PPE）を配布するなどの活動を始めています(40)。

2021年のエイズに関する国連総会ハイレベル会合では、HIV陽性者やキーボピュレーションの代表と国連加盟国代表団の間で集中的な対話が行われ、エイズに関する2021年政治宣言でGIPA原則が再確認されています。また、グローバル、地域、国、地方におけるコミュニティのネットワークや他の影響を受けているコミュニティが、HIV対策の意思決定、計画、実施、モニタリングに加わり、十分な技術的および財政的支援が受けられるようにするということも政治宣言は約束しました。

南アフリカで開かれた
アドボカシーのイベントで話をする
HIV陽性の女性
Credit: UNAIDS



COVID-19は目覚ましコールです。いつかは来ると科学者たちには分かっていたパンデミックに対し、世界は準備ができていませんでした。いま(2021年)は世界中のたくさんの人が、通常の状態に戻ることをひたすら望んでいます。しかし、通常の状態では不十分なのです。この報告書で紹介したデータ、および前向きな実践例は、世界がもっと高い目標を掲げることが可能であり、またそうしなければならないことを示しています。

高い成果を上げた国が示すこれからの道

世界エイズ戦略2021-2026、およびエイズに関する2021年政治宣言によって示された方向性は、不平等に対峙し、エイズの流行に対する確固とした成果をあげてきた国やコミュニティの経験に基づいています。

エスワティニでは、国内の強いリーダーシップと国際的支援が、積極的なコミュニティの活動や利用者の事情に合わせた分化型のサービス提供と相まって、低・中所得国のHIV治療プログラムが世界をリードする成果を上げています。90-90-90ターゲット達成の目標年より1年前倒して、(全体としては)95-95-95ターゲットを実現したのです(94ページのケーススタディを参照)。

HIV感染の診断を受けたばかりの人たちの家族や世帯員にHIV検査を提供するファミリーベースのインデックス検査(接触者検査)は、西部・中部アフリカ地域で検査の普及を目指す国連の新たな支援策です。未診断だった何千人ものHIV陽性者の感染がこの検査で判明し、その人たちが抗レトロウイルス治療を受けられるようになっています(122ページのケーススタディを参照)。ナイジェリアでHIV陽性者の全国ネットワークが主導する治療モニタリングは、女性と少女、キーポピュレーションの人たちのサービス利用を妨げる障壁に焦点を当てています(132ページのケーススタディを参照)。南アフリカでは、HIV陽性の男性がピアコーチとなり、男性の医療サービス回避の中心にある恐れや不安に対処することで、HIVに感染しているかもしれない男性の検査と治療のギャップを埋める努力を続けています(98ページのケーススタディを参照)。

ラテンアメリカとカリブ地域では、COVID-19対策がHIVの検査と治療サービスを混乱させていることから、UNAIDSと汎米保健機構(PAHO)、WHOの支援で抗レトロウイルス薬の複数月調剤とコミュニティによる配布が急速に拡大しました(216ページのケーススタディを参照)。ベルギーとコロンビアでは、COVID-19により新たな課題が加わっているにもかかわらず、HIVサービスを移民・移住者層に届けています(358ページと232ページのケーススタディを参照)。

すべての市民を対象に母子保健、性と生殖に関する健康、家族計画のサービスを無料化し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのリーダーとなっているスリランカは、HIVと梅毒の垂直感染(母子感染)をなくすことに成功した国の仲間入りをしました。こうした国は少ないながらも増えています(118ページのケーススタディを参照)。

「Go Further」(さらに前へ) パートナリシップは、HIVの影響を大きく受けている12カ国で、子宮頸がん対策のサービスを拡大しています。HIV陽性の女性は、免疫の力でヒトパピローマウイルス(HPV)を除去することが難しく、子宮頸がんの発症が驚くほど多いからです。2018年5月の発足以来、Go FurtherはHIV陽性の女性約150万人に子宮頸がん検診を支援し、前がん病変のある6万人以上の女性が治療を受けられるようになりました(228ページのケーススタディを参照)。

カリブ地域では、コミュニティ主導のグループが戦略的訴訟を用いて、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) コミュニティの権利を侵害し、健康と生活を危険にさらす法律を撤廃しました (317 ページのケーススタディを参照)。ペルーでは、若者の HIV 検査や性と生殖に関する健康サービスの利用を妨げてきた親の同意条項が、アクティビストたちの長年にわたる粘り強いキャンペーンによってなくなりました (302 ページのケーススタディを参照)。

COVID-19 は目覚ましコールです。いつかは来ると科学者たちには分かっていたパンデミックに対し、世界は準備ができていませんでした。コロナウイルスは、疫病の発生や自然災害、気候変動、紛争などの危機に際し、貧しい人たちや社会から排除されがちな人々を置き去りにする不平等の存在を再び露わにし、さらに悪化させてもいます。成功も失敗も含め、HIV から学んだ 40 年の経験と教訓は、各国の政府とコミュニティが協力して不平等に立ち向かえるかどうか、パンデミックへの備えと対応の鍵を握っていることを明らかにしました。

いま (2021 年) は世界中のたくさんの人が、通常の状態に戻ることをひたすら望んでいます。しかし、通常の状態では不十分なのです。この報告書で紹介したデータ、および前向きな実践例は、世界がもっと高い目標を掲げることが可能であり、またそうしなければならないことを示しています。



Credit: UNAIDS

References

1. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 10 papers in: a fourth research round up. Washington (DC): Center for Global Development; April 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
2. The shadow pandemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women [Internet]. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#facts>).
3. Sex workers on the frontline. The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe. Amsterdam: International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe; 2021 (<https://www.sexworkereurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Sex%20workers%20on%20the%20frontline-2.pdf>).
4. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. In: Our World in Data [Internet]. Oxford Martin School, University of Oxford; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
5. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294–e305.
6. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
7. Marty L, Lemsalu L, Kivite-Urtane A, Costagliola D, Kaupé R, Linina I et al. Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. *AIDS*. 2021;35(4):675–80.
8. Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*. 2007;369(9580):2187–95.
9. Marukutira T, Gray RT, Douglass C, El-Hayek C, Moreira C, Asselin J et al. Gaps in the HIV diagnosis and care cascade for migrants in Australia, 2013–2017: a cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020;17(3):e1003044.
10. Brown AE, Attawell K, Hales D, Rice BD, Pharris A, Supervie V et al. Monitoring the HIV continuum of care in key populations across Europe and Central Asia. *HIV Med*. 2018;19(7):431–9.
11. Reyes-Uruena J, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L et al. Differences between migrants and Spanish-born population through the HIV care cascade, Catalonia: an analysis using multiple data sources. *Epidemiol Infect*. 2017;145(8):1670–81.
12. Tanser F, Barnighausen T, Vandormael A, Dobra A. HIV treatment cascade in migrant and mobile populations. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10:430–8.
13. Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017.
14. Migration focus on integration, xenophobia and discrimination. Geneva: ILO; 2017.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2015–2019. HIV Surveillance Supplemental Report. 2021;26(1) (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-26-1.pdf>).
16. Dailey AF, Johnson AS, Wu B. HIV care outcomes among blacks with diagnosed HIV — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(4):97–103.
17. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Racial/ethnic and age disparities in HIV prevalence and disease progression among men who have sex with men in the United States. *Am J Public Health*. 2007;97(6):1060–6.
18. Oh DL, Sarafian F, Silvestre A, Brown T, Jacobson L, Badri S et al. Evaluation of adherence and factors affecting adherence to combination antiretroviral therapy among white, Hispanic, and black men in the MACS Cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;52(2):290–3.
19. Lyons SJ, Dailey AF, Yu C, Johnson AS. Care outcomes among black or African American persons with diagnosed HIV in rural, urban, and metropolitan statistical areas – 42 U.S. Jurisdictions, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(7):229–35.

20. Kavanagh M, Agbla SC, Pillinger M, Joy M, Case A, Erondy N et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful AIDS pandemic responses? O'Neill Institute for National and Global Health pre-print white paper; 2021 (<https://www.hivpolicylab.org/documents/reports/hlm/PRE-PRINT%20WHITE%20PAPER-Kavanagh%20et%20al-Law%20Criminalization%20%26%20HIV%20in%20the%20World-2021.pdf>).
21. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
22. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
23. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470-e477.
24. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25517.
25. Cornell M, Majola M, Johnson LF, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
26. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P et al. Home-based Intervention to Test and Start (HITS): a community-randomized controlled trial to increase HIV testing uptake among men in rural South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(2):e25665.
27. Fiscal monitor: a fair shot. Washington (DC): IMF; 2021 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/fiscal-monitor/2021/April/English/text.ashx>).
28. COVID-10 spending helped lift foreign aid to an all-time high in 2020. Detailed note. Paris: OECD; 2021 (<https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/ODA-2020-detailed-summary.pdf>).
29. COVID-19 and the looming debt crisis. Innocenti Policy Brief series. UNICEF Office of Research: Florence; 2021 (https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf).
30. Sixty four countries spend more on debt payments than health. In: Jubilee Debt Campaign [Internet]. 12 April 2020. Worcester (UK): Jubilee Debt Campaign (<https://jubileedebt.org.uk/press-release/sixty-four-countries-spend-more-on-debt-payments-than-health>).
31. Fresnillo I. The G20 debt service suspension initiative. Draining out the Titanic with a bucket? Briefing paper. Brussels: Eurodad; 2020 (https://www.eurodad.org/g20_dssi_shadow_report).
32. Communiqué of the Forty-third Meeting of the IMFC. International Monetary Fund. 8 April 2021 (<https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/04/08/communique-of-the-forty-third-meeting-of-the-imfc>).
33. Munevar D, Mariotti C. The 3 trillion dollar question: what difference will the IMF's new SDRs allocation make to the world's poorest? Brussels: Eurodad; 2021 (https://www.eurodad.org/imf_s_new_sdrs_allocation).
34. Main A, Weisbrot M, Jacobs D. The world economy needs a stimulus: IMF Special Drawing Rights are critical to containing the pandemic and boosting the world economy. In: Center for Economic and Policy Research [Internet]. 22 June 2020. Washington (DC): Center for Economic and Policy Research (<https://cepr.net/report/the-world-economy-needs-a-stimulus-imf-special-drawing-rights-are-critical-to-containing-the-pandemic-and-boosting-the-world-economy/>).
35. Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc*. 2011;14:15.
36. Declaration on the TRIPS Agreement and public health. WTO Fourth Ministerial Conference, Doha, Qatar, 9–13 November 2001 (https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/ddec_e.pdf).
37. 5 steps to end a vaccine apartheid. In: The People's Vaccine [Internet]. Oxfam, the People's Vaccine; 2021 (<https://peoplesvaccine.org/our-demands/>).
38. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy brief. Geneva: UNAIDS; 2007 (https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf).
39. Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map: fourth progress report. Geneva: UNAIDS; 2020.
40. Our voices: impact of COVID-19 on women's and girls' sexual and reproductive health and rights in eastern and southern Africa. ITPC, Salamander Trust, Making Waves: October 2020 (https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SaT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf).