



# HIV抗レトロウイルス療法への アクセス確保施策の世界的進捗状況 “3 by 5 レポート” 最新版

---

June 2005



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS  
**UNAIDS**  
UNHCR • UNICEF • WFP • UNDP • UNFPA  
UNODC • ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK



**World Health  
Organization**

#### WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.

Progress on global access to HIV antiretroviral therapy : an update on «3 by 5».

1.Anti-retroviral agents - supply and distribution. 2.HIV infections - drug therapy  
3.Acquired immunodeficiency syndrome - drug therapy 4.Program evaluation 5.Program development I.UNAIDS.

ISBN 92 4 159339 3

(NLM classification: WC 503.2)

#### © World Health Organization 2005

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

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

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either express or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

PRINTED IN

# 目次

はじめに .....	5
要約 .....	7
治療の拡充についての世界的進捗状況 .....	11
“3 by 5” の進化 .....	11
数字で見る進捗 .....	12
<b>進捗を妨げる障害の克服 .....</b>	<b>15</b>
最も被害が深刻な国々における進捗 .....	15
政治的コミットメント .....	15
財政的持続可能性 .....	16
公正なアクセス .....	17
予防と治療の統合 .....	19
人的資源能力の拡充 .....	21
調達及び供給管理システムの強化 .....	23
限られた保健インフラの克服と改善 .....	24
テクニカルパートナーシップの調整 .....	26
<b>結論と提言 .....</b>	<b>27</b>
<b>付属資料 .....</b>	<b>29</b>
1. 抗レトロウイルス療法を受けている人々の数の推定 .....	29
2. “3 by 5” 重点化対象となる国々 .....	31



## はじめに

過去 20 年間、HIV/ エイズの流行は、世界が掲げた開発目標の進捗を妨げる数々の障害を浮き彫りにしてきた。ミレニアム開発目標に掲げられた 8 つの主要目標の中、貧困及び幼児死亡率の削減、教育に対するアクセスの増進、ジェンダーの平等、妊産婦の健康の改善、主要な伝染病の蔓延防止努力といった 6 つの目標の達成が、多くの低・中所得国における高い HIV 感染率により妨げられている。

1980 年代初頭にエイズの原因が明らかになって以来、主に高所得国で、治療やケア方法の水準が大きく向上した。しかしヒト免疫不全ウイルス (HIV) は、臨床的・公衆衛生的対応よりもはるかに速く、政治的、経済的、社会的境界線を越えて拡大している。最近まで、抗レトロウイルス療法 (ART) は、幸運な少数者にしか利用可能ではなく、その他の非常に多数の人々が、科学の進歩の恩恵に浴する基本的な権利を否定されてきた。

近年になり、治療、ケア、予防、影響の緩和などを含む包括的な対応により、HIV/ エイズと戦う必要性に対する国際的なコンセンサスが現れてきた。低・中所得国においても HIV/ エイズ関連予算が急速に増え、貧困やその他の意欲を挫くような障害にもかかわらず、最も支援を必要としている人々に対して、治療、ケアそして予防施策に対するアクセスを提供することに的を絞った国際的な公衆衛生の新しい時代が到来している。これらの新しい資源投入によってもたらされた機会に応じて、WHO (世界保健機関) と UNAIDS (国連エイズ合同計画) 事務局は、国連システム及び国際社会に対して緊急に取り組むべき課題を提起したが、それが、低・中所得国で HIV/ エイズとともに生きる 300 万人の人々に対して 2005 年末までに ART を提供することを目標とした "3 by 5" ターゲットである。この数は、治療を必要としている人々の半数に ART を提供することを意味する。

多くの国々及びその国際的なパートナーの協調努力により、HIV 治療と感染予防施策の展開はさらに勢いを得た。"3 by 5" は、目標設定が、"もし (if)" ART を資源が限られた国々に提供することができたらという議論を、"いつ (when)"、そして、現在では、"どのように (how)" して最も効果的に達成すべきか、という議論にいかに変えることができるかを示す一助となった。この報告書に記されているように、多くの国々が世界に向かって"どのように"を示している。少し前までは想像すらできなかったことであるが、人口過密都市から隔絶された村まで、非常に多くの人々が、一定レベル以上の医学的治療にアクセスできる構造ができあがりつつある。

HIV 治療及び予防の急速な拡充を現在妨げているものはなにかを理解することは、中間的な国家レベルの中間目標達成努力だけではなく、長期的な視野で万人に治療へのアクセスを保証するという意味でも、きわめて重要なことである。したがって、この中間進捗状況報告書は、今日に至るまでの進捗を紹介するだけでなく、未だ残っている障害をも浮き彫りにするものである。2005 年末に発表予定の詳細なレポートでは、各国レベルで達成された進捗に関する詳細なデータと分析が提供される。

現在まで学ばれた教訓は、相当の努力なくして、HIV/ エイズに対する世界的な戦いに成功を収めることはできないということである。また、それは、単一の国家、組織、個人の努力のみによっても成し遂げられることではない。

我々は、目標に向かって共に歩み続けなければならない。



李鍾郁  
事務局長  
WHO 世界保健機関



ピーター・ピオット  
事務局長  
UNAIDS 国連エイズ合同計画



## 要約

2003年後半以降、WHOとUNAIDSが低・中所得国でHIV/エイズとともに生きている300万人の人々に対して2005年末までにART（抗レトロウィルス療法）を提供することを目標とした（“3 by 5目標”）を展開し始めて以来、これらの国々でARTを受けている人々の数は倍以上になり、40万人から2005年6月末で約100万人に増加している。今日まで、これらの国々の中の14カ国が、ARTを必要としている人々の50%以上に対して同療法を提供しており、これは“3 by 5”ターゲットに一致するものである。

この疾病の悪影響が最も深刻なサハラ砂漠以南のアフリカにおける現在の治療アクセス拡大に関する趨勢は、特に心強いものである。この地域では、約50万人の人々が同療法を受けており、過去12ヶ月間でその数は、3倍に増加している。全体として、6ヶ月ごとに連続して、約15万人、そして、さらに約20万人の人々が治療を受けるに従い、治療に対するアクセスの拡充が加速しているように思われる。大多数のアフリカ諸国は、同療法に対する需要が、その供給能力を大きく上回っていると報告しており、彼らの、施策拡充努力の勢いを維持するために、緊急に必要な資源とテクニカルサポートをさらに増大させる緊急の必要性を強調している。

治療に対する需要がアフリカに次いで2番目に高い地域であるアジアにおいても、ARTを受けている人々の数が、過去12ヶ月間で5万5,000人から15万5,000人にほぼ3倍に増加するなど、大きな進捗が見られる。

東ヨーロッパ及び中央アジアでは、治療を受けている人々の数が、1万1,000人から2万2,000人へとこの12ヶ月間でほぼ倍増した。この地域の国々の大多数は、2005年末までに万人に治療に対するアクセスを提供することを目標としているが、その中には、未充足の治療ニーズが最も大きいウクライナとロシアの2つの国は含まれていない。

ラテンアメリカとカリブ海沿岸諸国においては、低・中所得諸国で2005年上半期に治療を受けている人々の総数は27万5,000人から29万人に増加したとWHOは推定しており、この地域で治療を必要としている人々の3人に2人が治療を受けていることになる。アルゼンチン、ブラジル、メキシコなどの地域で最も人口が多い国々は、すでに比較的高い治療普及率を示しているが、その他の5-6カ国が遅れを取っている。一方、北アフリカ及び中東では、普及率は約5%と低く、治療を受けている人々の数は現在推定約4,000人とほとんど変化が見られない。

今日までに達成されたHIV治療に対するアクセスを拡充の趨勢は、地方、国家、地域間相互の、そして国際的な幅広い努力の賜であり、何よりも先ず、最も深刻な被害を受けている国々の中の数多くの国々自体の努力の有りに依るところが大きい。これらの努力は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバル・ファンド、世界基金）、米国大統領エイズ救済緊急計画、その他の二国間資金提供者、世界銀行、国際的な非政府組織（NGO）及び民間セクターなどから提供された資金によって支援され、また、国連の様々な機関や数多くの組織からの技術支援にも支えられている。

現在約100万人の人々が治療を受けているという推定値は、WHO/UNAIDSが“3 by 5”戦略で設定した2005年6月末までの目標値、160万人の中間目標には届かないものである。現時点のデータ及び趨勢によれば、2005年末までに300万人の人々にARTを提供するという目標を達成できる可能性は低いと思われる。しかしながら、増加率が、2005年後半、さらにそれ以降にかけて高まるであろうと期待できる理由がある。

必要とされている額よりは少ないものの、世界中で推定270億米ドルの資金が、2005-2007年の3年間にかけてHIV/エイズ対策のためにあらゆるソースから提供される、もしくは提供されると公約されている。同時に、計画を進展させるための相応の政治的コミットメントが、世界的な“3 by 5”のターゲットを、野心的だが実現可能な国家的な目標に変換した多くの国々で明白な形で示されている。

ARTに対するアクセス拡充をめざす世界的な努力に関するこの中間報告は、様々な状況におけるHIV/エイズ問題に関する介入の成功と失敗の理由の理解を主要なテーマとしている。またこの報告書は、主たる障害を克服するために必要なアプローチ、持続可能な資金調達メカニズムの必要性、国レベルの技術支援及び財政支援パートナーによる努力のよりよいハーモナイゼーションなどについても提言も行っている。アクセス拡充努力と未解決の障害についての各国レベルの分析に関する包括的な報告書は、2005年末にリリースされる。

## 世界各国における進捗と課題への取り組み

“3 by 5” は、ART へのアクセス拡張に向けての趨勢を創出するための全体的な国際的努力において重要な要素であり続けている。国家レベルにおける進捗は勇気づけられるものである。貴重な経験が得られ、経済的・技術的支援に対するニーズが増大していることが、明らかになっている。

最も悪影響を受けている多くの国々の政府が、“3 by 5” が掲げるターゲットに取り組んでいる。全部で 49 の重点化対象となる国家の中、40 の国々が国家レベルの治療達成目標を掲げているが、こうした国の数は、2003 年 12 月時点ではわずか 4 カ国に過ぎなかった。またこれらの国の中の 34 カ国が国家レベルの治療拡大計画を策定中または、策定済みであり、これも 18 ヶ月前のわずか 3 カ国から大きく増加している。多くの国々が施策拡充のために自らの資源を投入し、HIV 抗体検査、治療、ケア施設数を急速に拡大し続けている。

これらの国々の経験は、最も貧しく、難しい状況下でも、HIV 治療への大規模なアクセスが達成可能であり、またそれが効果的でますます手の届くものになっていることを改めて証明している。同時に、現行レベル以上に治療普及率を拡大し、それを相当レベルに維持することを支援する持続可能なシステムを構築することは依然として重要な課題である。とりわけ、持続的に高いレベルの政治的コミットメントを確保し、また必要な問題に対する切迫感を醸成することが、いくつかの国で効果的な対応の前提条件として最も必要とされている。

強いコミットメントが存在し、治療プログラムが導入されても、治療拡充を阻害する要因は依然として存在する。これらの要因には、経済的持続可能性に対する懸念や、より多くの、よりうまく調整されたテクニカルサポートに対するニーズがあり、後者については、単純な定式化された投薬法の利用可能性が不十分であること、また子供向けのより抵抗なく服用できる薬剤の不足、薬剤及び診断器具供給管理システムの不備などの問題がある。また、保健サービス提供を標準化及び効率化するサービスモデルの実施、持続可能な人的資源能力の構築、保健システムの異なる複数のレベルで HIV 治療及び予防をリプロダクティブヘルス（性と生殖の健康）及びその他の疾病蔓延防止プログラムと統合する必要性などの課題も挙げられる。予防努力をさらに促進することは、陽性率が低い状況も含め、あらゆる国にとって重要な課題であり続けている。

今日までの経験は、これらの最重要領域の各々における対応を改善するためのモデルを提供してくれるものであり、その多くがこの報告書で詳述されている。

これまで収集されたデータは、治療に対するアクセスが、男女双方に対して比較的公正に提供されたことを示している。しかし、治療が、公正な方法で提供されていることを保証するための監視システムが、全ての地域で強化される必要がある。ある程度の進捗は見られるものの、注射器による薬物使用者やセックスワーカーなどの社会的に弱い立場にある集団に対して治療及びケアを確実に届けることを妨げる大きな壁は依然として存在する。

ART を必要としている子供の数を初めて提示することで、この報告書は、HIV に感染している子供たちへの HIV ケア及び ART へのアクセスを拡充する緊急の必要性を強調している。そうした子供たちの半数は、治療を受けられずに、2 歳を迎える前に亡くなっている。主にサハラ砂漠以南のアフリカで、推定 66 万人の子供たちが現在 ART を必要としており、推定 400 万人が、コトリモキサゾールを用いた予防療法を必要としている。

一方、HIV 治療の提供が、予防対策から必要な資源及び注意喚起を遠ざけてしまうのではないかという当初の懸念にもかかわらず、治療の拡張は、効果的な予防の実施を増加させることが現在では明らかになっている。ART が利用可能になることで、HIV カウンセリングや検査サービスに対する需要が急増しているという証拠が現れつつある。家族及びカップル向けの検査やカウンセリング、保健施設でのより慣例化された検査の実施 (WHO 及び UNAIDS が 2004 年より推奨している)、さらには家庭を訪問しての検査・カウンセリングなどの検査及びカウンセリングに対する新しいアプローチが次第に受け入れられつつある。自らの HIV 感染状況を自覚している人々が増え、治療やケアにアクセスするにつれて、HIV/ エイズとともに生きる人々の存在を継続的なケア提供のための不可欠な貢献として含め、予防のためのカウンセリングや物品を提供する新たな機会が見出されている。また、状況によらず、HIV 抗体検査の利用が拡大するにつれて、検査を受ける人々の人権擁護も、最重要課題であり続けている。

## “3 by 5”を超えて

“3 by 5” 戦略目標は、2001年7月のHIV/エイズに関する国連特別総会(UNGASS)の開催に伴い急速に台頭したコミットメントと新たな資源提供とともに出現したものである。当時行われた資源に対するニーズの分析は、低・中所得の国々においてARTを300万人の人々に普及させようという目標は、世界的な治療に対するアクセス促進努力が全面的な政治的コミットメントにより支援され、資源も増え、さらに、各国が、サービスを迅速に拡大し、保健システム能力を構築するための様々な活動をうまく遂行するならば、2005年末までに可能であるということを示唆していた。“3 by 5”戦略は、2003年12月に発表され、その後、WHOの192の全加盟国により承認された。

2001年に描かれた理想は、未だ実現されていないが、多くの国々における趨勢やコミットメントが確かな結果を生みつつあり、それが、治療、ケア及び予防の拡充を継続する基盤を提供している。しかし、克服しなければならない障害は、未だ複数残されている。現在すでに、国家レベルでテクニカル及び資金提供パートナーの調整業務を改善することへの関心が高まっており、特に、UNAIDSによるグローバル・タスクチームが現在結成されつつある。このタスクチームは、多国間組織及び国際的な資金提供者間の調整業務を改善し、HIV/エイズに対する世界レベルの持続的な資金調達を確保を支援する。テクニカルサポートに対するニーズを満たすための革新的なメカニズムが確立され、資金調達、管理・監督及び評価メカニズムの迅速なハーモナイゼーションが最優先課題となっている。

本報告書は、抗レトロウイルス療法拡充とHIV/エイズ予防努力の加速化についての主たる障害を明確にする。今日までの計画の進捗とそれを妨げる要因の評価に基づき、WHOとUNAIDSは以下の提言をする。

### 政治的コミットメント

- 各国は、ARTの拡充をはじめとする包括的HIV/エイズ対策についてのハイレベルな政治的コミットメントを強化し続けなければならない。特に、国家レベルの治療目標及びART拡充計画を有していない“3 by 5”重点化対象国家は、出来る限り速やかにこれらを策定すべきである。

### 財政的持続可能性

- UNAIDSは、治療、ケア、予防も含め、今後3年間で世界的なHIV/エイズ関連努力のために少なくとも180億米ドルの追加的な資金が必要であると試算している。資金提供者は、その資金面でのコミットメントを増大し続け、持続的で予測可能な援助を確実なものとする長期的な資金提供計画に関する取り決めを各国と協力して策定しなければならない。
- 各国は、HIV/エイズ努力に対する自らの財政的なコミットメントを強化し続けなければならない。G8の新たな債務免除イニシアチブの元で債務免除の適用を今すぐ受ける資格がある“3 by 5”重点10カ国は、債務支払いのための資金をHIV/エイズ対策に迅速に割り当てるべきである。
- 各国及び資金提供者は、貧しい患者が、サービス提供拠点で料金を支払う必要がないレベルまでARTプログラムに資金を提供すべきである。

### 人的資源及び供給管理

- 各国及びパートナーは、質の高いHIV治療を受けることができる人々の数を最大化する単純化・標準化されたART施用方法と臨床管理手順を実施すべきである。
- 多くの国々で、ARTを提供する医師やナースの不足が、治療アクセスの拡充の主たる障害となっている。各国及びパートナーは、医師を中心としたART提供モデルを転換し、単純化・標準化されたARTの安全かつ効果的な提供方法について訓練を受けた医師でないヘルスワーカーの数を増やすべきである。
- 各国及びパートナーは、各々の治療拠点において信頼性の高い供給ニーズ予測システムをはじめとする医薬品供給管理システム及び、そこから在庫品が効率よく運搬される便利な場所に適切な量の在庫品を保管するシステムの構築に投資すべきである。

## 予防と治療の統合

- 可能な場合は常に、HIV 治療は、予防努力とともに拡充されるべきであり、そのため、ヘルスワーカーと関係サービス拠点は、必須となる HIV 治療と予防介入施策を組み合わせたパッケージ施策を実施する能力を備えていなければならない。このパッケージ施策には、同一拠点で HIV 治療、抗体検査、カウンセリング、ART と予防メッセージ及び介入双方を提供できるヘルスワーカーに対する職業訓練を提供することが含まれる。

## 公正なアクセス

- 性別、年齢、場所及びその他の要因に関わらず ART へのアクセスの公正さを保証するよう、各国及びパートナーは、ART 普及状況の調査システムを改善すべきである。
- ART を受けている子供の数を増加させるために、子供のための新たな薬剤の処方方法が緊急に求められており、現在のコストも低減されなければならない。多くの国々で、治療現場での子供に対する ART 提供管理能力の向上が計られる必要がある。
- 各国及びパートナーは協力して、注射器による薬物使用者、セックスワーカー、大規模な紛争や社会不安が発生している場所に暮らす人々をはじめとする、治療提供が困難な人々に対して ART を提供する革新的プログラムを開発し、実施すべきである。

## 支援の調整と評価

- 資金提供者やパートナーは、国ごとに支援ニーズを決定する合理的なプロセスと支援の迅速な提供を促進するメカニズムを確立することにより、各国に対する財政的及びテクニカルな支援をよりよく調整すべきである。資金提供者及びパートナーはまた、彼らが支援しているプログラムの監視及び評価において調整をよりうまく行うべきである。よりよい調整業務を促進するためのひとつの議論の場が UNAIDS タスクチームであり、同チームは、これらのニーズに取り組むために大胆で革新的な提言を行っている。

WHO、UNAIDS 及びその他の国連各機関は、各国及びその他のパートナーに、上記の優先領域の各々において強化されたテクニカルな支援を提供するために、追加的な財政的資源及びスタッフを割り当てる作業を行っている。WHO は特に、単純化・標準化された治療及び予防方法、ヘルスワーカー教育などの実施、治療への公正なアクセス保証、検査及びカウンセリングの拡充、世界及び各国レベルでの調達及び供給管理業務の改善、ART 及びその他の必須保健サービスに対するアクセス状況監視体制の向上などに対する支援に焦点を当てている。

エイズに対する戦いは孤立した奮闘努力ではなく、開発テーマの中核に据えられるべきものである。“3 by 5” は、それ自体を到達点と見るのではなく、不可欠な HIV/ エイズ予防及び治療介入の包括的なパッケージに万人がアクセスできる状況を確保するという共通の目標を達成する長期的な世界規模の努力にとっての重要な道標と見なされる必要がある。最終的に、HIV/ エイズに対する対処策は、ミレニアム開発目標に設定されたより幅広い保健及び開発目標の達成に向けての動きを維持し、加速化させる世界的な取り組みを推進し続けるものでなければならない。

## 治療の拡充に向けた世界的な進捗

### “3 by 5”の進化

低・中所得国で抗レトロウィルス療法（ART）へのアクセスを拡充しようという潮流は、“3 by 5”で始まったわけでも、終わるわけでもない。ブラジルは、公衆衛生の分野で1996年から3剤併用ARTを提供し続けており、タイは2000年から提供し続けている。また、UNAIDS薬剤アクセス・イニシアチブは、低・中所得4カ国の公的部門でARTを提供するというコンセプトを1990年代の後半に試験的に実施した。さらに、パートナーズ・イン・ヘルスは、コミュニティーベースのHIV治療を1998年に提供し始め、国境なき医師団は、2001年にカメルーンで最初の治療プログラムを確立した。これらの、またその他のパイオニアたちは、HIV/エイズ共に生きる人々をこうした環境で治療することが可能であることを示してきた。けれども、最近まで、資源や政治的なコミットメントが限られていたため、そのようなプログラムを世界各国で再現し、拡張することが妨げられていた。

2000年にダーバンで行われた国際エイズ会議で、活動家たちは、低・中所得国のHIV治療ニーズにより真剣な注目が払われるよう要望した。そして2001年7月のHIV/エイズに関する国連特別総会（UNGASS）で注目と政治的なコミットメント、そして新たな資源の確保が具体化した。UNGASSで定められた目標を達成するために必要な資源の分析により、新しい資源を投入することで、主要な予防、ケア及びサポートを含む、HIV/エイズの流行に対する世界規模での対処努力の拡充に資金を割り当てることができ、2005年までに世界中で約300万人の人々にART提供を拡充できるという見通しが示された。<sup>1</sup> この最良の条件に基づくシナリオは、資源に加えて、政治的意志、治療プロトコル、訓練を受けた保健関連の人材、そして、コミュニティーにおける力の結集など、そのような対応の拡張を実施するためのその他の前提条件がそれまでに整うことを想定していた。

“3 by 5” – 2005年までに低・中所得国の300万人の人々に抗レトロウィルス治療を提供するという目標 – は、これらの必要な要件を整えるための国際、地域、各国レベルで活動する多くのパートナーの意志統一により、国際的な治療アクセス拡充努力を促進する役割を果たすものとして、その後進化することになった。2003年12月、WHOとUNAIDSは、1) リーダーシップ、パートナーシップ、アドボカシー、2) 緊急かつ持続的な国家のサポート、3) ARTを提供する単純化・標準化されたツール、4) 効果的で信頼できる医薬と治療器具の供給体制、5) 新たな知識と成功事例を迅速に見極め、応用するためのメカニズムなどに的を絞った、目標達成に対する自らの貢献を明確に規定する“3 by 5”戦略を発表した。そしてその後、この戦略は、WHOの全192の加盟国により承認された。

そして、この18ヶ月間、約180のパートナー組織がWHO及びUNAIDSと上記の5つの分野で協働してきた。この期間に開発された重要な新しいツールとガイドラインには、単純化・標準化された治療ガイドライン、患者追跡システム及びヘルスワーカーのための研修モジュールなどがある。また国家レベルのARTプログラムを監視・評価するための共通指標が、主要なパートナー間で同意された。<sup>2</sup> 調達及び供給管理システムが、エイズ薬剤及び診断器機サービス（AMDS）<sup>3</sup>のパートナーの支援を受けている国々で強化され、また、抗レトロウィルス薬剤に対する耐性出現を監視するための世界的なサーベイランスネットワークも確立されつつある。特筆すべきは、国家レベルで指導と迅速なサポートを提供するWHOの能力が、34の国々で予防及び治療拡充担当職員またはチームを採用し、さらに、それに対応する形で地域及び各国事務所を強化するために資源の再調整を行ったことで、大きく向上したことである。

<sup>1</sup> 『エイズのための資源ニーズ』 Schwärthlander B. et al, Science, Vol 292, Issue 5526, 2434-2436, 29 June 2001.

<sup>2</sup> WHO, UNAIDS: 世界基金、米国国際開発庁、Family Health International and Measure Evaluation

<sup>3</sup> AMDSのパートナーには、The Clinton Foundation, Commonwealth Pharmaceutical Association, Crown Agents, Ecumenical Pharmaceutical Network, the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, ESTHER, International Pharmaceutical Federation, International Dispensary Association, John Show Incorporated, Management Sciences for Health, UNAIDS, UNDP, UNICEF, UNFPA 及び WHO が含まれる。AMDSに関するより詳細な情報は、<http://www.who.int/3by5/amds/en/> を参照のこと。

## 治療へのアクセスを拡充するための世界的取り組み

“3 by 5” ターゲットは、国際社会及び多くの国の政府、機関、組織及び個人によって幅広く支援され、ART に対するアクセスの世界レベルでの拡充、HIV/ エイズ予防施策の強化に貢献している。

二国間及び多国間 HIV/ エイズ・イニシアチブのための新たな資源は、カナダ、EU、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、英国及びアメリカ合衆国から提供されている。低・中所得の国々も、自国内の HIV/ エイズ関連予算を増大させており、さらに、世界基金などの多国間イニシアチブに対して経済的貢献を行っている。世界基金は、128 カ国で三大伝染病との戦いに現在、30 億米ドル以上の資金拠出を行っており、さらに、世界銀行の多国間エイズプログラム (MAP) 及び、治療加速計画 (TAP) は、28 カ国の HIV/ エイズプロジェクトに 10 億米ドル以上を割り当てており、これらのプロジェクトは、現在さらに新たな 10 カ国を対象とする計画である。アメリカ合衆国は、エイズに関する世界的な取り組みにおける最大の貢献国であり、アフリカ、アジア及びカリブ海沿岸諸国の 15 カ国に 5 年間にわたり 150 億米ドル以上の提供を公約している他、大統領エイズ救済緊急計画を通してその他のプログラムにも援助を提供している。一方、UNICEF も、国家レベルの抗レトロウィル薬 (ARV) の調達に重要な貢献を行っている。

これらの資源の活用を支援するために、非常に多くの専門機関が活動しており、その中には、国レベルの “3 by 5” 活動のために彼らが提供するテクニカルサポートをより効果的に調整するために主要な資金提供者とともに現在活動している UNAIDS の 10 の各々の下部機関も含まれる。さらに非常に多くの、コミュニティーベース、宗教ベース、国際的な非政府及び慈善組織が、アドボカシー、教育、コミュニティーにおける力の結集、直接的なサービス供与などを通じて、治療と予防の拡充努力に従事している。

現在約 100 万人の人々が治療を受けているという推定値は、WHO/UNAIDS が “3 by 5” 戦略で設定した 2005 年 6 月末までの目標値、160 万人の中間目標には届かないものである。現時点のデータ及び趨勢によれば、2005 年末までに 300 万人の人々に ART を提供するという目標の達成は困難に思われる。しかしながら、増加率が、2005 年後半、さらにそれ以降にかけて加速し続けるであろうと期待できる理由がある。資源が、主要資金提供者から流入しつつあり、また、野心的だが実現可能な国家的な目標を確立した多くの国々で、政治的コミットメントが明らかだからである。

## 数に示された進捗

2003年12月に“3 by 5”戦略をスタートさせた時点の低・中所得の国々でARTを受けている人々の数40万人というベースラインから、WHOは、約100万人の人々が、2005年6月末時点で低・中所得の国々でARTを受けていると推定している(84万人から110万人の幅がある)<sup>4</sup>。今日まで、これらの国々の中で14カ国が、治療を必要としているHIV/エイズとともに生きている人々の半数以上に治療を提供しており、これは、“3 by 5”<sup>5</sup>目標に合致するものである。

<sup>4</sup> データ収集方法は、付属資料1に詳述。

<sup>5</sup> アルゼンチン、バルバドス、ボツワナ、ブラジル、チリ、コスタリカ、キューバ、エルサルバドル、メキシコ、パナマ、ポーランド、タイ、ウルグアイ、ベネズエラ。

表1. 低・中所得諸国でARVを受けている人々、ARV療法を必要としている人々、普及率%の地域別推定値 2005年6月<sup>a</sup>

地域	ARV療法を受けている人の推定数2005年6月 (低推定値 - 高推定値) <sup>b</sup>	ARV療法を必要としている0-49歳の人々の推定数 2005 <sup>c</sup>	ARV療法普及率, 2005年6月 (%) <sup>d</sup>	ARV療法を受けている人の推定数, (低推定値-高推定値) 2004年12月 <sup>b</sup>
サハラ砂漠以南のアフリカ	500 000 [425 000-575 000]	4 700 000	11%	310 000 [270 000-350 000]
ラテンアメリカ及びカリブ海沿岸諸国	290 000 [270 000-310 000]	465 000	62%	275 000 [260 000-290 000]
東、南、東南アジア	155 000 [125 000-185 000]	1 100 000	14%	100 000 [85 000-115 000]
ヨーロッパと中央アジア	20 000 [18 000-22 000]	160 000	13%	15 000 [13 000-17 000]
北アフリカと中東	4 000 [2 000-6 000]	75 000	5%	4 000 [2 000-6 000]
総計	970 000 [840 000-1 100 000]	6.5 million	15%	700 000 [630 000-780 000]

注:四捨五入のため、各項目の合計と総計が一致しない場合あり。

<sup>a</sup> 使用統計方法についての説明については、P. 29を参照のこと。

<sup>b</sup> ARVを受けている15歳以下の子供の数を報告している国も数カ国あり、それらの数値は、この表に含まれる。

<sup>c</sup> 以下の数値は、ARV療法を必要としている人々の数の低・高推定数の中間値。ニーズ推定は、P.30に述べられた方法に基づく。

<sup>d</sup> この数値は、ARV療法を受けている人々の数の中間値とARV療法に対する推定ニーズの中間値に基づく最良の普及率推定値。

エイズによる悪影響が最も深刻なサハラ砂漠以南のアフリカにおいて治療拡充の動きに弾みがついていることは、心強いことである。この地域では現在、約50万の人々が治療を受けており、過去12ヶ月間でその数は3倍に増加した。全体的に、6ヶ月間連続で約15万人そして、約20万人と治療を受ける人が増えるに連れ、治療に対するアクセスの拡充が加速しているように思われる。大多数のアフリカ諸国は、同療法に対する需要が、その供給能力を大きく上回っていると報告しており、彼らの、施策拡充努力の勢いを維持するために、資源と技術支援拡大の緊急の必要性を強調している。

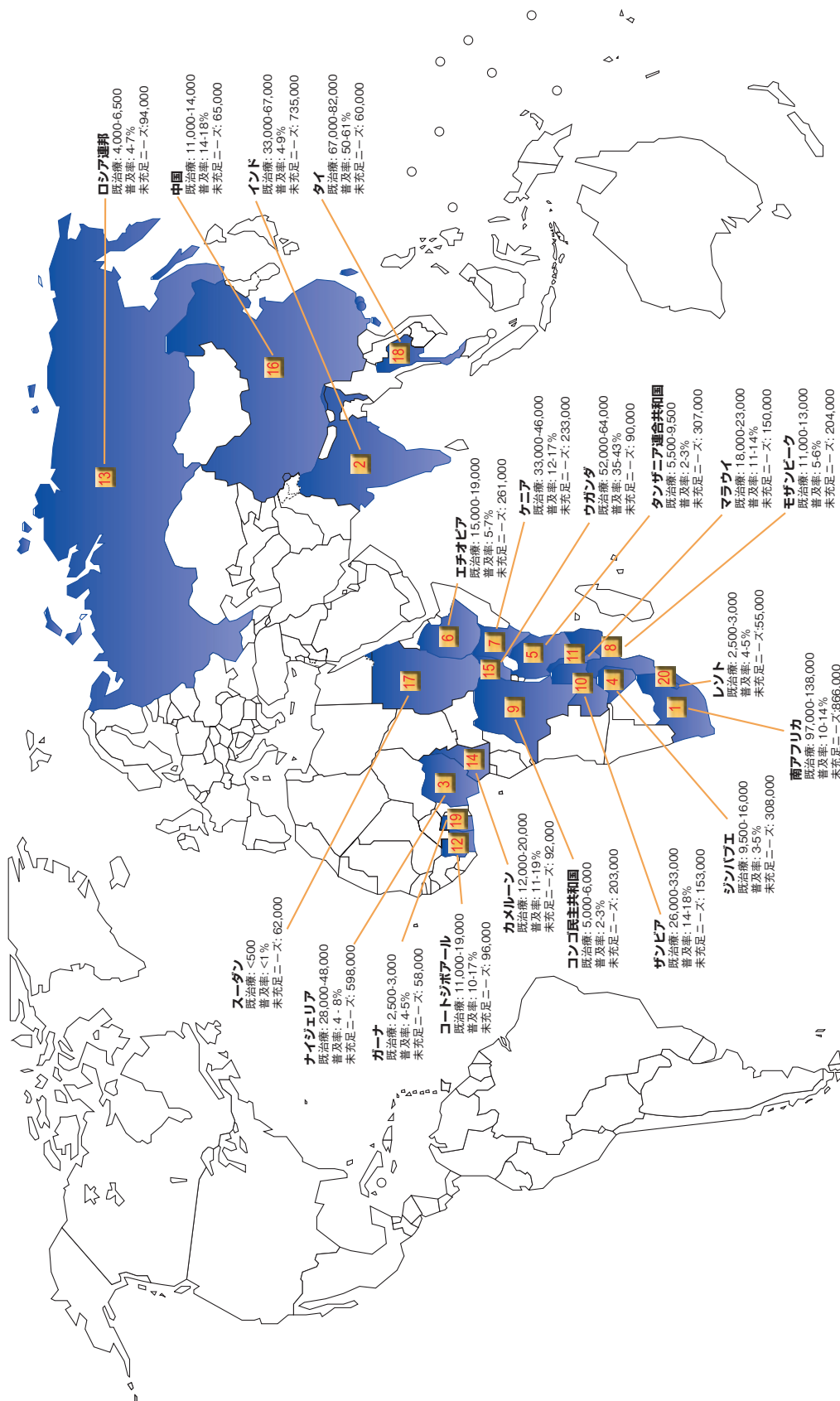
治療に対する需要がアフリカに次いで2番目に高い地域であるアジアにおいても、ARTを受けている人々の数が、2005年6月までに5万5,000人から15万5,000人にほぼ3倍に増加するなど、大きな進捗が見られる。この半年間で、治療を受けている人々の数は、50%以上(10万人から)増え、全体の治療普及率は、治療を必要としている人々の14%に増大した。

東ヨーロッパ及び中央アジアでも、治療を受けている人々の数が、1万1,000人から2万人へとこの12ヶ月間でほぼ倍増した。この地域の国々の大多数は、2005年末までに万人に治療に対するアクセスを提供することを目標としているが、その中には、未充足の治療ニーズが最も大きいウクライナとロシアの2つの国は含まれていない。

ラテンアメリカとカリブ海沿岸諸国においては、低・中所得諸国で2005年上半期に治療を受けている人々の総数は27万5,000人から29万人に増加したとWHOは推定しており、この地域で治療を必要としている人々の3人に2人が実際に治療を受けていることになる。アルゼンチン、ブラジル、メキシコなどのこの地域で最も人口が多い国々は、すでに比較的高い治療普及率を誇っているが、その他の5-6カ国は遅れを取っている。一方、北アフリカ及び中東では、普及率は約5%と低く、治療を受けている人々の数は現在推定4,000人とほとんど変化が見られない。

最も悪影響を受けている国々の多くで、政府は"3 by 5"が掲げるターゲットに取り組んでいる。全部で49の重点化対象となる国家(付属資料2参照)の中、40の国々が国家レベルの治療目標を掲げているが、こうした国の数は、2003年12月時点ではわずか4カ国に過ぎなかった。またこれらの国の中での34カ国が国家レベルの治療拡張計画を策定中または、策定済みであり、これも2003年12月時点ではわずか3カ国に過ぎなかった。多くの国々が、治療拡充のために自らの資源を割り当てており、HIV抗体検査、治療及びケア拠点数を急速に拡充させている。

## 2005年6月時点の治療ニーズ未充足率が最も高い20カ国のARV療法を受けている人々の推定数と普及率<sup>a</sup>



<sup>a</sup> 未充足ニーズは、2005年に抗レトロウイルス療法を必要としている0-49歳の人々の総数から、2005年6月現在治療を受けている人々の推定数を引いた数。

## 進捗を妨げる障害の克服

### 最も被害が深刻な国々における進捗

“3 by 5” ターゲットは、低・中所得諸国で ART を必要としている人々の半数にしか相当しない 300 万人に同療法を提供する実現可能性に基づくものであった。2005 年 6 月末までに ART を受けている人々の数が約 100 万人に達しているが、目標達成のためには、さらに 200 万人の人々が治療を始め、それを維持する必要がある。

世界的な ART に対するニーズの未充足部分のうち、76% がサハラ砂漠以南のアフリカ、17% がアジアを占めている。WHO は、ART に対するニーズの未充足分の 85% をちょうど 20 カ国が占めていると推測している。これら 20 カ国は、決して同質ではなく、規模、人口、インフラ、能力において大きく異なっている。また、これらの国々の流行と、被害を受けている人々の特徴も異なっている。しかし、これらの国々が現在直面している障害は、多くの場合、政治的な意志、適切な資源及び協力パートナーからの効果的なテクニカルサポートなどを組み合わせることで多くの国々が克服してきた障害と同類のものである。このセクションのページでは、諸施策を拡充するために依然残っている障害をできるだけ迅速かつ効率的に克服できるよう、政治的、技術的、経済的支援を拡充する最近の努力にスポットライトを当てることにする。

### 政治的コミットメント

HIV/ エイズが世界的な健康危機として現れて以来、ハイレベルの政治的コミットメントが、効果的な国家レベルの対応の前提条件になるということは繰り返して示されてきた。流行を食い止め、社会全体の意識を高め、HIV の危険に曝されている、あるいは HIV とともに生きている多くの人々のサービスへのアクセスを妨げている偏見や差別のために必要な資源を動員するためには、政治家、政策決定者、コミュニティの中の傑出したメンバーがしっかりとしたコミットメントとリーダーシップを発揮することが求められる。

多くの国々は、治療、ケア、予防を含む包括的な対応策を実施することで手本を示している。ボツワナ、カンボジア、マラウイ、ウガンダ、ザンビアなどは、野心的な国家レベルの目標設定とローカルレベルの資源のコミットメントが、先進的なインフラを用意する必要なしに、行動を引き起こし、外部の資源やパートナーシップを活用し、ART を保健サービスの中に迅速に導入することをいかに可能にするかを示している。また、ブルンジ及びエチオピアでは、それぞれの大統領と首相が、自国の流行の重大さとその阻止に取り組む姿勢を示すために、国家的な ART 開始計画を創始した。さらに、レソトの首相とジンバブエの国会議員たちが、HIV 抗体検査を公の場で受け、国民に自らの HIV 感染状況を知るよう促した。その他、ブラジルの国会議員たちは、同国において、手の届く抗レトロウィルス療法へのアクセスを促進するために積極的に活動している。これらのアクションは、大規模なものでも、小規模なものでも、HIV/ エイズに対抗するための国家レベルの諸施策を動員し、予防努力を陽性率が低い状況であっても長期にわたって維持し、抗体検査の利用や治療へのアクセスを向上させるために不可欠なものである。

## 国家的な資源を有効利用する

ザンビアでは、国民の約16%がHIV/エイズとともに生きており、流行が広範囲に広がっている。HIV/エイズとともに生きる人々の中で女性が占める割合は54%に達しており、成人の早死にのために約60万人の子供たちが孤児になっていると同国政府は推定している。流行の深刻さは、HIV/エイズの流行防止とケアプログラムに対する強固な政治的コミットメントを生んでいる。同国政府は、元来、2002年に1万人の治療を必要としている人々に公共の保健サービスを通じてARTを提供するべく動いていた。当初、国家予算から300万米ドルの予算の割り当てを受け、2カ所の試験的導入施設からスタートしたザンビアの治療プログラムは、以来、33の地域に拡張した。

ザンビアは、“3 by 5”イニシアチブを通してWHOの支援を要求した最初の国のひとつであり、2005年末までに10万人の国民に治療を提供するという国家レベルの“3 by 5”目標を迅速に設定した。未だ署名されていないが、世界基金からの4回目の援助金供与も承認されており、2年間の予算で2670万米ドルが確保される見込みである。予定されている予算の50%が、ARVの購入資金に充てられる。

“3 by 5”の諸原則に則り、ザンビア大統領は2004年10月に、公共機関内の提供拠点ではARVを無料で提供することがザンビアの政策であると発表した。この政策は、人々が治療にアクセスし、かつ治療を継続することに大きな効果があった。2005年3月現在、政府報告は、2万2,000人の人々がARTを受けており、12月以降、月平均1,000人の割合でその数が増えていることを示している。WHOは、2005年6月の段階で2万6,000人から3万人の人々が、治療を受けていると推定している。

## 財政的持続可能性

近年、国際レベルでHIV/エイズに投入された多額の資金は、かつてないほどの機会を創出している。最も最近のUNAIDSの資源に関する推定でも、2005年が、UNGASSの目標、ミレニアム開発目標、そして特にアフリカにおける貧困の緩和について進捗を示すことに対してきわめて大きな関心が寄せられた年であると認められている。2005-2007年には、低・中所得諸国のHIV/エイズ対策活動のために、270億米ドルの提供が公約として掲げられる、または世界的に利用可能となるであろうと予測されるが、これでもなお、現在判明しているすべてのニーズに応えるには不足している。この期間のニーズの総額は、450億米ドルと予測されており、3年間の未充足分の差額は少なくとも180億米ドルに達する。この額には、資金が効率よく、効果的に確実に活用されるための能力構築努力への資金提供分も含まれている。

過去数年の非常に心強い進捗は、各国が自らの資源を使用するコミットメントの増大である。たとえば、2001年にバハマは、自らの資源を利用し、公共保健部門を通して、万人に無料でARTへのアクセスを提供することに取り組んだ。2002年には、ボツワナもこれに続いた。“3 by 5”戦略がスタートした2003年の世界エイズデーには、中国が、HIVの母子間感染(MTCT)防止のために治療、カウンセリング、抗体検査、薬剤を提供したり、エイズ孤児のために無料で学校教育を提供することで、地方及び貧しい都市部でアクセスを迅速に拡充することを目的とした“4つの無料サービスと1つのケア”政策を発表した。また南アフリカは、ART拡充のために次ぎの3年間で低・中所得国の平均をはるかに上回る10億米ドルを支出することを決定した。国際通貨基金、世界銀行、アフリカ開発銀行に対する債務を免除するという最近のG8のイニシアチブは、特に、この債務免除措置の適用を今直ぐに受ける資格を有する“3 by 5”重点化対象10カ国にとって、債務支払いのための財政資源をHIV/エイズ施策に割り当てるさらなる機会を提供する。

しかし最も被害が深刻な国々では、大規模にARTを提供することは、相当規模の外部資源の存在が得られてのみ、中期的に持続可能となることである。したがって、持続可能な万人向けアクセスを達成するという目標は、国内及び国外の資金源からの反復的な資金調達を確保するメカニズムを必要とし、その一方で、治療を賄える能力が最も低い人が、治療を利用できることを保証することも必要である。

国家レベルでは、財政と保健システムが大規模な拡充と継続コストに確実に対処できるようにするために、より予測可能な資金調達、よりよい計画立案を確保するための戦略を通して、また、財政的必要性の試算、資金源及び資金使用者の追跡、資金をより効果的かつ効率よく活用する国家的能力を強化することで、持続性を向上させることができる。WHOは、現在、これらの分野でのテクニカルサポートを強化している。

## ART拡充のためのセクターワイド・アプローチ

モザンビークは、特定の地域または集団の感染率が高く、HIV/エイズ感染が全国に広がり、深刻な状態に陥っている。2003年、同国政府は、HIV/エイズとともに生きる人々は110万人以上と推定しており、これは成人人口の約12.2%に相当する。しかし、幹線道路沿いの中央部の州や南ガザ州の成人間の感染率は、これよりはるかに高いレベルに達することが判明している。もし現在の趨勢に歯止めをかけることができなければ、HIV/エイズとともに生きる国民の数は、2007年に180万人に達するだろうと同国政府は推定している。

モザンビークにおけるART拡充は、長年に及ぶ内戦により脆弱化した保健インフラと、広範な国際的、二国間及びNGOパートナーらの関与を背景にして行われている。調整作業を改善し、HIV/エイズ対策への資金提供に対して国家レベルの優先順位を反映するために、同国政府は、その国際支援管理システムを、プロジェクトベースのものから、セクターワイド・アプローチ(SWAP)に切り替えた。この戦略は、政府と開発パートナーが、保健セクターで取り込まれるべき優先分野について同意を形成し、資源を共通の“バスケット”にプールすることで、これらの優先事項に取り組み、進捗状況を検討する共通のメカニズムを開発することを前提とするものである。

モザンビーク政府とART拡充に関与している資金提供パートナーとの間で特定のSWAPを策定することは、新たなアプローチになる。最近、世界基金は、SWAPを用いた世界基金支援のプログラムを実施するテストケースとして同国を使う協定に同意した。また、世界銀行のモザンビークにおける治療加速化プログラムも、SWAPプロセスに歩調を合わせている。モザンビークのHIV/エイズ対応への資金提供にSWAPアプローチを取る経験を監視し評価することは、このイニシアチブが、HIV/エイズ対策に対する資金提供において国家の自律性と柔軟性を増大させる程度を評価するために重要である。

## 公正なアクセス

HIV/エイズに対する治療やケア、支援が利用可能な場合でも、男性の保健に関するニーズが家族の中の女性メンバーのそれに対して常に優先的に扱われる事態を生む文化的態度が支配的なため、女性が公正なアクセスを得ていないのではないかという懸念が広範に見られる。ジェンダー間の力の不均衡は、また、女性及び思春期の少女がヘルスケアにアクセスするに際して最も弱い立場にあるだけでなく、HIVに感染する最も高いリスクに曝されていることも意味する。

心強いことに、ジェンダー別の統計を提供している国々から現在入手可能なデータによれば、男女間にアクセスに対する大きな違いが存在することは示されていない。たとえば、WHOのユーロ地域では、登録感染者数の28%を女性が占め、ARTを受けているすべての人々の32%が女性であることから、アクセスは公正に確保されていると推定される。また、サハラ砂漠以南のアフリカ地域でも、利用可能なデータが2004年12月の進捗状況報告書に示された幅広い分析結果を裏付け続けている。治療を受けている10人の成人の中ほぼ6人が女性であるが、この地域では、女性感染者数が男性感染者数より多いため、これは、治療に対するアクセスが公正に確保されていることを反映するものである。

しかしながら、多くの国々のデータ収集システムは、性別及び年齢別に分類されたデータや、誰に治療が提供され、誰に提供されていないかを見極めに基づくARTプログラムの監視と評価を可能とするために、依然更なる強化を必要としている。この数ヶ月間でWHO、エクイネット、及び南アフリカ開発コミュニティにより創設された共同プロジェクトのひとつは、同地区におけるHIVケアに対する公正なアクセスの阻害要因を分析し、政治的な対応策を検討し、公正さとその保健システム監視の効果的な事例をつくり上げることである。

世界的に言って、HIV ケア及び ART へのアクセスは、子供たちに広範に行き渡ってはならず、その一方で、治療を受けられないまま HIV に感染した子供たちの 50% が 2 歳の誕生日を迎える前に死亡しているという事実がある。<sup>6</sup> たとえば、マラウイ及びモザンビークでは、治療を受けている人々のそれぞれ 5% と 7% が子供であるが、平等なアクセスを確保しようとするれば、この数字は約 13% でなければならない。HIV に感染した子供たちに対するコトリモキサゾール予防療法の提供は、ザンビアでの研究では HIV に感染した子供の死亡率を最大 43% 減らすということが示されている。<sup>7</sup> 明らかに、この救命効果の大きい介入は、より広範に利用可能なものにならなければならない。<sup>8</sup>

WHO、UNICEF、UNAIDS は、それに基づき各国が子供のための特定の治療目標を定めることができる根拠を提供する ART とコトリモキサゾール<sup>9</sup> を必要としている子供たちの初期的な地域別推定値を発表した。この推定では、2005 年に ART へのアクセスを必要としている子供たちは、世界全体で 66 万人とされている。またコトリモキサゾールによる予防療法を必要としている子供の数は、400 万人と推定されているが、早期に HIV 感染を診断すれば、実際には感染していない子供たちに、仮定に基づく治療を提供する必要がなくなるため、この数を 210 万人に減らすことができる。子供に対する治療と予防療法の必要性が最も高いのは、サハラ砂漠以南のアフリカであり、同地域では 37 万人の子供が ART を必要としており、350 万人の子供がコトリモキサゾールを必要としている。

最近の数多くの技術開発が、子供に対する治療の拡大を後押しするであろう。これらの中には、子供の HIV 臨床管理の単純化、国家的プログラムが達成した進展をよりよく監視し、追跡することを可能にするべき小児 HIV ケア指標の開発、子供のための既存の薬剤処方方法の利用を最大化するための単純化された投薬の有効性の証明などがある。

また、母子間感染予防のためのプログラム作成の全要件が、たとえば、これらのプログラムと母子に対する続行中の治療とケアと連携させるなど、確実に整うようにするためにもっと注意を払わなければならない。世界全体で UNGASS 及びミレニアム開発目標を達成しようと努力している中で、過去の予防努力が功を奏さなかった女性や子供たちが、彼ら自身そしてその家族が必要としているケアをいま確実に受けられるようにすることが重要である。

サービス提供拠点で ART を有料にすることは、多くの国の貧しい人々にとって治療へのアクセスを妨げる大きなバリアとなり、治療採択率や治療の対するアドヒアランス率を低下させる。そのような有料化によるアクセス阻害要因に気付いて、セネガルやザンビアなどの複数の国々では、サービス提供拠点で治療を無料提供するための方策を講じた。一方、治療プログラムの長期的な持続可能性について懸念を抱いているその他の国々は、治療の無料化には消極的である。サービス拠点で ART の無償提供を可能とするために必要な政策変更を各国が行うことを支援する必要性についての国際的なコンセンサスが次第に形成されつつあり、それには、持続可能な、長期的な保健分野への財政戦略の策定に対する細心の注意が求められる。

最も脆弱で社会的に弱い立場に置かれた人々に対して ART に対するアクセスを保証することは、きわめて大きな課題である。HIV が注射器による薬物使用者やセックスワーカーに集中している国々、また、大規模な紛争や政情不安または人口の移動などが発生している国々の多くで ART に対するアクセス拡充は最も遅くなっている。入手可能な証拠に反して、薬物使用者は ART に対するアドヒアランスが守れないといった誤解も根強い。また、セックスワーカーは治療を提供するに値しないという態度も広がっている。さらに、一般社会に釈放された受刑者に対して継続した治療が保証されていない場合もあり、難民や流民となった人々は、現地の既存の保健サービスを受ける権利が保障されていない場合もある。

<sup>6</sup> Fassinou P, Elenga N, Rouet F, Laguide R, Kouakoussui KA, Timite M et al. Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d' Ivoire, AIDS 2004, 18(14):1905-1913.

<sup>7</sup> Chintu C, Bhat GJ, Walker AS, Mulenga V, Sinyinza F, Lishimpi K et al, Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 1865-71.

<sup>8</sup> コトリモキサゾールは、ニューモシスティス性肺炎の治療にきわめて有効な抗菌剤である。HIV に感染した子供に対しては、同剤はその他の感染症に対する防御も提供する。コトリモキサゾールは、ART とは独立に、子供の生存率を向上させることができるため、ART に対するアクセスが増大しても重要であり続ける。現在では、ART を開始する必要がある時期を延ばすことができるため、同剤を子供が ART を必要とする前に使用することが推奨されている。

<sup>9</sup> コトリモキサゾールに関する予測は、以下の 2 つの関連する前提に基づいている。1) ポリメラーゼ連鎖反応を用いた HIV 感染の初期診断がない場合に、HIV 陽性の母親に生まれた 18 ヶ月未満のすべての子供に加えて生後 18 ヶ月から 14 歳までの HIV に感染した子供全員がコトリモキサゾールの服用を必要とする、2) 初期段階の HIV 感染診断が利用可能な場合は、HIV に感染した子供 (14 歳まで) にもコトリモキサゾールを提供することができる。抗レトロウィルス療法のみを受けている子供の 1 年生存率は、90%、コトリモキサゾールのみを服用している場合は 91%、ART とコトリモキサゾールを併用している場合は 94% と推定された。

これらの異なる状況は、多くの国々に非常に重要な課題を呈している。ART に対するニーズが最も大きい低・中所得国では、たとえば注射器による薬物使用者（ブラジル、中国、インド、タイ及びロシア連邦）及びセックスワーカー（カンボジア、インド、タイ）、紛争に関連した複雑な非常事態を経験している人々（コートジボアール、コンゴ民主共和国、スーダン）など、社会的に弱い立場にある人々の間に流行が集中しているケースもある。これらの人々に到達し、彼らの特定のニーズに応えるような包括的な予防及び治療サービスの確立に、特別な注目が向けられる必要がある。

## 拡充進捗状況の測定

特定状況下での治療及び予防サービス、物品及び情報の実際の利用可能性をマッピングすることで、公正なアクセス保証の一助となりうる国レベルの対応策策定方法を提供することができる。

WHO は、地域及びコミュニティレベルまで各国のサービス利用可能性を計測することにより保健システムの能力を各国が調査することができるツールを開発した。サービス・アベイラビリティ・マッピング（SAM）ツールは、公衆衛生のためのコンピュータ化された地理情報システムの活用を単純化する WHO 開発のソフトウェア、HealthMapper に基づくものである。SAM は、（ART 提供サービス及び、任意に運営されているカウンセリング及び抗体検査も含む）利用可能な保健サービスの幅と普及範囲、さらにヘルスワーカーや、試験施設及びその他のインフラの利用可能性に関する明確なマップを地域ごとに提供する。保健サービス提供拠点と人口分布を図式化することで、SAM は、到達が難しいサービス提供が充分でない人々を迅速に識別する一助として活用することができる。

WHO は、最近、HIV の被害が最も深刻な 4 カ国で SAM の使用を支援した。さらに SAM は、少なくとも 10 の被害が深刻な国々でも完成予定であり、多くの低・中所得国で ART 提供施設を含む地域の保健サービスのマッピングを制度化することを長期的な目標としている。HIV 予防サービスの利用可能性に関する新しいモジュールも、選ばれた国々との密接な協力関係の元で開発中である。

焦点を明確にし、切迫感を醸成する意味で、目標を定めることの価値は、現在明らかになっている。サービスの利用可能性をマッピングすることは、HIV 予防及び治療サービスに万人がアクセスする共通目標を達成する諸施策において、同じように焦点を明確にし、切迫感を醸成するツールとなり得る。

## 予防との治療統合

治療に対するアクセスを拡充することで、予防から資源と注目がそらされてしまうのではないかと懸念が当初は生じた。治療拡充が進むにつれて、こうした懸念は、治療に対するアクセスが、予防の拡大に向けての新しい機会と新しいモデルを生む可能性があるという認識をもたらすに至った。UNAIDS は、最近、世界的な予防施策を強化するイニシアチブを開始し、これらの機会を強調する方針書を策定した。<sup>10</sup> 最近の疫学的モデリングも、ケア活動を予防とともに包括的な方法で拡張することで、長期的にはリソースに対するニーズを劇的に低減しうるとを示している。治療が予防をより効果的なものとする一方で、予防は治療をより手の届くものにする。<sup>11</sup>

現在では、大多数の国々が、予防と治療は相互に補強的であり、双方のニーズともに、同時に拡充する必要があるということ認識している。しかし、多くの国は、様々なモデルや介入の選択肢の中で優先順位を決めるのに悪戦苦闘している。そのため、WHO は現在、特に保健セクターのために治療及び予防介入の“必須パッケージ”の開発を行っている。このアプローチには、能力拡充、アウトリーチ、既存人的資源の可能な限り有効な活用を支援する人材教育も含まれる。

治療とケアに加え、必須介入パッケージには、感染を遅らせる意味で大きな違いを生みうる構成要素が含まれる。これらには、リスクの低減、HIV/エイズとともに生きる人々の予防、母子感染予防、性感染のコントロール、そして最も高いリスクに曝されている人々のための特別なサービスが含まれている。複数のセクターによるアクションが不可欠だが、これらの介入は、保健セクターの統合的な対応にとって鍵となるものであり、ヘルスケア施設における幅広いサービス提供のために、一般的に拡充可能なものである。また、治療とケアと同時に予防サービスも提供できるようヘルスケア提供者者を教育することも、このアプロ

<sup>10</sup> Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper, June 2005.

<sup>11</sup> Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact, J.A. Salomon, D.R. Hogan, J. Stover, K.A. Stanecki, N.Walker, P.D. Ghys and B. Schwartländer, PLoS Medicine, Vol 1 Issue 2, January 2005.

チの重要な部分である。しかし、最良の介入を行っても、人々がそれらを利用しなければ、ほとんど役に立たないため、意識を高め、保健サービスの活用を増やすための諸施策がコミュニティレベルで求められる。

その他の新しい予防機会も出現している。2004年末にアフリカ地区で行われた HIV 抗体検査とカウンセリングに関する WHO/UNAIDS によるコンサルテーションの最中に、各国は、治療が利用可能であることが、HIV 抗体検査を受ける強力なインセンティブになることが証明されつつあることを強調した。ウガンダのある地区における調査では、ART の導入が、検査及びカウンセリングサービスを利用する人々の数を 27 倍に増加させたことが明らかになっており、<sup>12</sup> プログラム策定の指針となるより一層の調査が、この地区で緊急に求められている。

多くの国々は、抗体検査及びカウンセリングに対するアクセスを、特に、結核 (TB)、母子感染 (MTCT)、妊婦及び小児保健サービスなどの既存保健サービスにおけるエントリーポイントを有効に活用することで拡張している。ブラジルでは、2001 年から抗体検査が地方分権化され、ベーシックヘルス・センターが、そのヘルスケアの日常業務の一環としてカウンセリングと抗体検査を行い始めた 2003 年にかけて、抗体検査とカウンセリングの採択率が 369% も伸びた。同様に、ケニアも 2000 年から 2004 年にかけて、診療所やコミュニティベースの施設内抗体検査実施場所を大幅に増やしたために、2000 年から 2004 年にかけて、検査やカウンセリングを受けた人々の数が劇的に増加したと報告している。

抗体検査を迅速に拡充するためには、異なる環境または異なる人々に対して様々な革新的なアプローチが必要とされる場合もある。採用されたところでは、家族及び夫婦に対するカウンセリングと検査モデルが有効であることが証明されつつある。また、初期段階の結果では、人々が自宅で抗体検査やカウンセリングを受けることができるコミュニティ・アウトリーチ・アプローチの受容率が高いことも示されている。ボツワナ、ブルキナファソ、ドミニカ共和国、ハイチ、マラウイ、ルワンダ、タイ、ウガンダなどは、幅広い診療環境で検査とカウンセリングを日常的に提供する機会を増やしていると報告しており、<sup>13</sup> ボツワナ、レソト、ジンバブエやその他の国々では、“Know Your Status” (自分の感染状況を知ろう) キャンペーンを通して、検査を受けるメリットを宣伝している。また、スピード HIV 抗体検査の導入後、受検件数が 2 倍以上となったマラウイの例でも見られるように、新しい技術も需要増大の鍵を握る。あらゆる場合において、特に、検査が大規模に行われている国々では、カウンセリングの品質が適切なものであり、また HIV 検査を受ける人々の人権が守られていることを保証するため、細心の注意を払う必要がある。

検査件数が増えれば、人々を予防や治療サービスに繋げることも、また、コンドームや清潔な注射器具などの物品を供給することも可能となり、HIV/ エイズとともに生きる人たちに継続的ケアの一環として、適切な予防支援を提供することもできるようになる。

注射器による薬物使用者は、検査やカウンセリング、注射針やシリンジ提供プログラム、薬物代替療法や ART などの特有の予防及び治療ニーズを有している。この特定の集団にこれらのサービスを実施し、統合する必要性は、ART の時代に益々明らかになっているが、これらのサービスが最も必要とされる多くの国々で、政治的なコミットメントが依然として不足している。

<sup>12</sup> Increased demand for VCT services driven introduction of HAART in Masaka district, S. Mpiima, S. Wangalawa, K. Mugisha, D. Namusoke, I Dambya, B. Onkongo, XV International AIDS Conference, Abstract ThPeE7940.

<sup>13</sup> Report on Consultative Meeting on HIV Testing and Counselling in the Africa Region, Johannesburg, South Africa, WHO/UNAIDS, 2005.

## ARTと薬物治療の統合

過去5年間、インドネシアでは、注射器による薬物使用者の間でHIVの感染が急速に広がった。注射による薬物使用者のHIV陽性率は、バリで最高53%、ジャカルタで48%にも達している。2003年末時点で、同国でHIV/エイズとともに生きる人々の総数は、11万人と推定された。

インドネシア政府は、HIV感染予防及び治療プログラム双方の拡充に本格的に取り組んできた。2004年には、推定1万1,500人の人々がARTを必要にしていた。インドネシア政府は、2005年末までに1万人の人々に治療を提供する国家レベルのART目標を設定した。2004年7月、同国大統領は、治療を必要としている全患者に抗レトロウィルス療法に対する補助金提供を公約し、また、地方自治体からもさらなる支援が提供されている。こうした動きに続いて、2004年には、2種類の抗ウィルス薬に対する強制実施権が政府使用のために発動された。地理的に国土が広範囲に及びることを鑑み、25カ所のART照会施設がインドネシアの13州に設置され、特に大きな被害が出ている6つの州に重点が置かれた。これらの病院はまたエイズ患者の世話をする州のその他のサテライト病院の指導/照会施設として機能している。

インドネシアにおけるHIVの流行は、ジャカルタとバリで、これらの州の刑務所におけるプログラムも含む試験的なメタドンプログラムを確立する同国の決定において主要な役割を演じた。必要としている人々全員にARTへの公正なアクセスを提供するニーズを認識し、ARTサービス提供拠点が、メタドン維持プログラムも含む選ばれた薬物依存症治療サービス施設の近くに設置された。メタドン使用者に対するART提供も含むHIVと薬物依存双方の共同管理を提供するサービスの初期の経験は肯定的なものであり、ARTアドヒアランス率も高く、クライアントの健康状態にも大きな改善が見られた。

その拡充計画の一環として、同国保健省は、その他の50の病院で、ケア、サポート及び治療能力を構築する準備をすでに進めている。同時に、2005年中に諸州内、及び指定病院内の10の追加的な拠点へ代替療法(メタドン)を拡張し、ARTとメタドン療法のような横断的ケアと治療ニーズに対応しうる保健サービス提供者の能力を構築し、さらに今後2年間で大病院から地域病院・プライマリーヘルスケアレベルへのARTケア、支援、フォローアップを拡張するなど、多面的アプローチによるアクションが計画されている。また、世界基金(6,500万米ドル)、英国国際開発部門が2,500万英ポンド(4600万米ドル)の割り当てを行っている“インドネシアン・パートナーシップ・ファンド”などからの資源がHIV/エイズ予防、ケア、支援及び治療プログラムの拡充のために利用可能となる予定である。

インドネシアは数多くの島々により構成される広大な国土を有する国であるため、将来に向けての課題としては、効果的な照会ネットワークが確立され、薬物使用者がそのARTアドヒアランスと薬物依存の管理双方を向上させるために必要なコミュニティの支援を確実に得られるようにするため、薬物使用者へのサービス提供拡張、治療サービスとハームリダクション(危害の最小化)サービスを含むコミュニティベースの組織間のパートナーシップ強化などが挙げられる。

## 人的資源能力の拡充

低・中所得諸国におけるHIV/エイズに対する効果的対応は、人的資源分野の特定の弱点によってその基盤を大きく浸食されてきた。教育システムの能力不足が、職務遂行能力のある全体的な保健分野の人材不足につながっている。さらに、職業訓練を受けたナースや医師が民間部門、都市部、先進国に流出したり、またそうした人材自体がHIV/エイズ流行の犠牲者になったりしているために、ARTの実施が依存している公的部門の人材が枯渇してしまう事態が生じている。ヘルスワーカーの分布は、2-3の主要な都市部に大きく偏っており、治療の普及を制限し、治療と予防の統合をさらに難しくしている。

サービス提供に対する標準化・統合化されたアプローチとは、ある意味で、既存の人的資源をよりうまく活用することを意味する。治療レジメンと臨床管理の単純化により、医師を中心としたモデルから、看護師、臨床管理士、さらには、コミュニティアウトリーチ及び治療支援業務遂行のため雇用され訓練されたHIV/エイズとともに生きる人々などによる拡大臨床チームに依存するモデルへのシフトが可能になる。臨床チームモデルの拡充により、治療提供、臨床管理、保健サービスとコミュニティ施設間の照会業務のより効率的な役割分担が可能となる。治療を必要としている何百万の人々のニーズに応えるために

プログラムを迅速に拡充しなければならないのであれば、そのような人的資源管理の進化は非常に重要であり、緊急の課題である。

数多くのパートナーとともに、WHOは、保健セクターにおけるHIV/エイズ治療と予防における上記のような状況の打開を可能とする職業訓練及びサービス提供モデルの実施を支援している。ウガンダ、南アフリカでパイオニア的に実施されたこのアプローチは、ブルキナファソ、カンボジア、中国、エリトリア、エチオピア、インド、レソト、モザンビーク、パプアニューギニア、セネガル、スーダン、スワジランド、タンザニア、ザンビア及びジンバブエなどで様々な採用段階にある。目標は、2005年末までに30カ国でこのアプローチを実施することである。

## ART拡充を支援する統合的サービス提供及び職業訓練モデル

ARTを提供するヘルスケア提供者の職業訓練は、現在、集中的な努力を必要とする最重要の任務である。WHOとファミリーヘルス・インターナショナル、アントワープの熱帯医療研究所、ウガンダのエイズサービス機構、HIV国際職業訓練及び教育センターなどの多くのパートナーが開発したモジュール式の職業訓練イニシアチブは、臨床ケア、カウンセリング、患者管理及び地区におけるARTコーディネーションなどの課題に取り組む単純化されたガイドライン、訓練素材及び患者教育用資料などから構成されている。これらのツールは、患者管理に症候論的アプローチを用いているが、臨床検査の数を制限したWHO ARTガイドラインを踏襲している。短期間の効率のよい訓練コースは、ヘルスケアワーカーに、ARTを提供するための必須スキルと知識を与え、ART拡充だけではなく、慢性病ケア一般について必要な任務シフトを支援する。訓練ツールは異なる状況に迅速に適用可能であり、たとえば、注射器を使用する薬物使用者のための治療とケアモジュールが現在組み込まれつつある。

訓練ツールに加えて、このイニシアチブには、第一選択レベルの医療関係施設及び地方病院に合うプライマリヘルス・アプローチを使用した低資源諸国の保健サービスでも使用可能なサービス提供モデルが含まれている。この提供モデルは、ヘルスワーカー、施設及び地域管理者にとって管理可能な方法で、多角的ケアマネジメント、予防介入及び患者管理を統合することで保健システム強化に直接的に役立つことを企図したものである。このモデルは、結核とHIVの管理を統合し、治療支援、薬剤補給、単純な監督などの業務を、訓練を受けたコミュニティーワーカーにシフトすることで人的資源の不足緩和に役立つものである。またそれは、HIV/エイズとともに生きる人々の患者教育のエキスパート、臨床チームの一員として参加、実証基盤(エビデンスベース)が伴いつつある任務シフトを奨励・支援するものでもある。

新しいサービス提供及び訓練ツールの他に、各国が保健分野の業務遂行能力育成の課題に取り組むためには、複数の機関によるテクニカルサポートが必要である。WHOの支援を受け、多くの国々が、人的資源管理と保健セクターにおけるワークフォースニーズの判断能力を向上させるためのレベルの高いイニシアチブを開始している。ボツワナ、ブルンジ、ギニア、マラウイ、モザンビーク、ミャンマー、ナイジェリア、スワジランド及びタンザニアの国々はすべて、保健セクター向けの詳細な人的資源計画を策定している。また、ブルキナファソ、ウガンダなども世界基金への第5回申請の中で人的資源計画策定を行っている最中である。一方、東ヨーロッパで設立され、現在アフリカでも設立されつつあるHIV/エイズ“ナレッジハブ”は、地域及び小地域における能力構築、人材訓練及びテクニカルアシスタンスの調整を支援するものである。

低・中所得における現在の人的資源不足問題に取り組むためには、実践にあたる多くの前線で追加的かつ際立って優れたアクションが求められていることは明らかである。これらの努力には、公的部門の人材採用政策に関するマクロ経済的開発フレームワークの影響に緊急に取り組む方策も含まれる必要がある。

## 草の根の対応を支援する世界規模のイニシアチブ

コミュニティが ART に備えることは、人々が検査を進んで受け、長期間にわたり服薬のアドヒアランスを保つために必要な情報と支援を受け、治療の拡充に向けて自らの経験と能力をもって貢献することを保証するために不可欠なことである。しかし今日まで、コミュニティ主導の対応策には、資源がきわめて不足していた。そのため、19 以上の組織が、タイズ基金と国際治療体制準備連合のユニークなグローバルパートナーシップである共同 HIV 治療準備基金に資金を提供している。この基金は、アフリカ、アジア、ラテンアメリカ、カリブ海沿岸諸国、東ヨーロッパ、中央アジアで、小規模な助成金の支給、地域治療アドボカシーネットワークの強化、治療アドボカシーと教育及びプログラム評価に取り組んでいる組織へのテクニカルな支援を通して、HIV 治療、アドボカシーと教育に対する支援を提供している。HIV 治療啓発者、教育者、HIV/ エイズとともに生きる人々から成るコミュニティ検討委員会がすべての資金提供優先順位を定め、資金の分配方法についてもあらゆる決定を行っている。

共同基金は、2003 年以前のソビエト連邦で補助金提供活動を試験的に行った。治療準備活動を策定し、実施するためのプロセスづくりが現在 8 つの資金提供地域で進行中であり、2005 年末までに基金の 8 つの資金提供地域の各々で、治療準備活動に従事する HIV/ エイズとともに生きる人々のグループ及びその他の NGO に 15 万米ドル ~20 万米ドルを補助金として分配する予定である。同基金は、9 番目の資金提供地域を中国に設立中であり、また、サハラ砂漠以南のアフリカの女性や家族のニーズを特定のターゲットとした治療準備活動に資金を提供するプロセスを開発している。

2005 年 1 月、WHO は、共同基金に対する 100 万米ドルの当初拠出金に加えて、その治療準備プログラムを通じて利用可能とした資源とともに 50 万米ドルの追加支援を行い、さらに、調査と評価のために 25 万ドルの資金供与を行った。

## 調達及び供給管理システムの強化

薬剤の価格付け、調達及び供給管理に関する問題は重要なもので、多くの国々にとって関心事であり続けている。これらには、特に小児用 ARV 及び第二選択 ARV のためのより手頃な薬剤価格、調達及び国内供給チェーン管理能力開発に対する支援の向上、そして、TRIPS (貿易関連知的所有権協定) の柔軟な運用による新しい薬剤へのアクセスの向上などが含まれる。現在、成人及び子供に対する第二選択療法を選択をめぐり存在する多くのテクニカルな問題を解決するための方策が取られている。また、より多くの資源が、臨床検査機器や試薬も含むよう拡大されつつある WHO 事前審査プロセスに投入されつつある。同時に、治療アクセスに対する経験が増大するに連れて、多くの国々にとって対策の重点は、調達に関する意志決定から供給管理の長期的な課題を含むものへと移行しつつある。これは、治療の拡充が治療拠点の地方分権化を必然的に伴うサハラ砂漠以南のアフリカ諸国で特に顕著な傾向である。各国は、ARV の大量購入に関する国家計画、需要予測、予算策定及び品質保証体制の強化だけでなく、保健システムのより下位のレベルで、薬剤保管及び在庫管理、報告及び数量化、物品の安全性保証などの活動遂行能力を構築する必要性に気づきつつある。

ARV に対するアクセスが増大するにつれて、日和見感染症治療のための薬剤、抗生物質、局所及び緩和ケア医薬品、診断及びラボラトリーモニタリングのための試験器具及び試薬、手袋、注射器そしてコンドームなど、HIV 治療に関連するその他の物品に対する需要も増大する。“垂直供給路”を避けて、必須医薬品や保健関連用品のための主流サプライチェーンに ARV を統合する必要性が益々明らかになりつつある。

“3 by 5” 実施を支援するための調達及び専門機関の世界的パートナーシップとして設立されたエイズ医薬品及び診断器具サービス (AMDS) は、供給管理情報システムの開発と実施を強調しており、多くの国際及び国レベルのパートナーが、地域及び第一選択レベルの関係施設のスタッフに対して、供給管理の訓練を提供している。この訓練は、患者管理能力構築努力の支援でもあり、長期的には、ロジスティクス及び薬剤供給データも提供する統合保健管理情報システムの開発をめざすものである。AMDS のパートナーは、世界基金から資源を受領している国の、ARV 価格低減戦略も含む、調達及び供給管理計画策定を支援するためのワークショップも開催している。

最近になって、治療に対する世界的な需要増大に応える製造者の能力についての懸念が表明されており、需要予測精度の向上と、製造施設の長期的拡充の必要性もクローズアップされている。

## 供給管理のギャップに対応する

マラウイは、ART に対するアクセス拡充できわめて大きな進展を遂げた。治療対象者数は、2003 年 1 月の 3 施設・200 人から 2005 年 3 月現在の 34 施設・1 万 7,500 人以上へと増加した。世界基金の補助金活用に関するマラウイの経験を記録した WHO のテクニカルミッション及び報告書は、ART サービス提供のために選ばれた残る 25 拠点をカバーするために 2005 年 5~6 月までにさらに 1400 万米ドルの資金を獲得するのに役立った。しかし、推定 17 万人の HIV 陽性の人々が ART を必要とし、死亡者数も年間 8 万 4000 人に達しており、同国における未充足の治療ニーズは依然として非常に大きい。

治療拡充を画策していた時点で、マラウイ政府は、施設レベルでより複雑な処方集を扱うよく発達した“プル”システムが不在の中、単純化され、標準化された ARV 施用方法が“プッシュ”メカニズムにより即座に分配される必要があることを承知していた。同国政府は、ARV キットの配布について UNICEF とパートナーを組み、緊急状況に迅速に対応した。これらのパッケージ済みの ARV キットは、治療開始または治療継続パックと分類され、服用量規定の組み合わせ処方である d4T、3TC、ネビラピンの 3 剤併用療法の提供を目的としており、治療開始パックには、15 日間分のネビラピン導入服用も含まれる。また、治療継続パックは、1 ヶ月分の ARV を供給する。保健施設は、疫学的データ及びインフラを考慮して、高負荷、中負荷、低負荷に分類される。これにより、1 ヶ月当たり治療を受けられる患者数が正確に決められる（高負荷 = 月間 150 名、中負荷 = 月間 50 名、低負荷 = 月間 25 名）。

プッシュシステムは、現在まである程度まで順調に稼働しており、ARV の在庫切れはおおむね避けられているが、HIV/エイズ関連の疾病（特に日和見感染症）治療の薬剤の場合には、難しい問題が生じている。これらの薬剤は、セントラル・メディカル・ストアーズ（CMS）流通システム及び管理システムに完全に依存した周辺施設で使われているが、これらのシステムは、存在しないか、過去の消費データから明らかにされたニーズに基づく医薬品流通を可能にするにはあまりにも脆弱過ぎるのである。

セントラル・メディカル・ストアーズ及び保健省内のテクニカルサービス支援ユニットで ARV 及び HIV 診断器具双方に対するマラウイの総合的調達能力を強化する機会が現在模索されている最中である

最近始められた四半期ごとの施設訪問調査は、拠点特有の医薬品在庫の格差を識別するのに役立っている。起こりうる短期的な在庫切れを補う ARV 供給バッファの開発が、緊急在庫ニーズに迅速に対応するための診療所間メカニズム及びプロトコルの確立とともに、現在の最優先課題となっている。

## 限られた保健インフラの克服と改善

エイズは、多くの国々の保健システムの弱点を浮き彫りにした。照会システム、人的資源、臨床検査能力、医薬品調達及びサプライチェーン、サービスの適用範囲、コミュニティーセクターとの連携など、適切な保健セクターの HIV/エイズの流行への対応のあらゆる要素が、国家、地域及びローカルレベルの脆弱で資金が不足した諸制度によって弱められる。HIV/エイズ治療拡充の主たる課題は、短期的に主たる保健システムの制約がいかに克服されるかを決定するだけでなく、HIV/エイズプログラムの迅速な拡大がその他の保健関連の優先事項から努力と資源を奪わないように保証することにもある。

同時に、エイズに関連する介入は、保健システムの強化及び、その他の慢性疾患に対するサービス提供の向上のための非常に重要な機会を提供してくれる。たとえば ARV 調達システムは、その他の必須の医薬品供給システムを強化するように設計されることも可能であり、ART を提供するために訓練されたヘルスワーカーは、人的資源能力の総体的向上にも貢献する。HIV/エイズのための新しい資源は、保健セクターにおける全体的な財政管理、治療を監督し評価するシステム（治療、ジェンダー、その他の人口統計学的要因、生存率及び薬剤コストに関する時系列推移数値などの情報も含む）を強化する必要性も際立たせる。

サービス提供の改善は、主要資源の利用可能性だけでなく、それらの資源及びサービスの管理方法にも依存する。地域マネージャーによる ART プログラム実施を支援する新たな訓練ツールや保健管理者のための WHO ウェブサイト<sup>14</sup> 双方が、保健セクターにおける管理能力構築を支援している。

<sup>14</sup> www.who.int/management

疾病コントロールプログラムのハーモナイゼーションが、保健システムが、資源が乏しい環境下で効率よく機能するためには最も重要である。HIV/エイズ、結核及びマラリアプログラム間の協力促進や、サービス提供レベルでのそれらの統合は、これらの疾病が蔓延しているいくつかの国々で確かな進展を見せている。効果的な対策は、低い感染検出率、アドヒアランスやコミュニティにおける力の結集など、これら3つの疾病のコントロールプログラムが直面している共通の障害への取り組みを含んでいる。最も最近では、アフリカにおいて結核とHIV/エイズがもたらしている壊滅的な影響に対して世界的にも注目度を増大させる努力を促すために、ロードマップが起案された。このロードマップでは、とりわけ、結核とHIVケアに対するコミュニティの参加強化、結核/HIV共同活動へのNGO及び民間部門関与の強化、技術機関によるその国の支援活動のコーディネーションの改善などが推奨されている。

今日まで、非国家セクターを形成する提供者や治療提供拠点は、ARTを利用可能にするために重要な役割を演じてきた。これらには、非政府組織や国際及び国内企業が提供するヘルスケア、宗教基盤の組織、個人の医療提供者及び薬局及び公的保健セクター外のその他の主体などが含まれる。特に公共施設が無料又は助成金付きARTを提供するにつれて、患者がケアを求める場所が変化することも予測されるが、これらの非国家活動主体の参加は、数々の国の状況の中で、重要な役割を演じ続けるであろう。非政府セクターで治療を受けている患者のデータが公的機関に報告されないこともしばしばある。こうした点から、公的セクターと非政府セクターとの連携を計る新たな方法を開発することが、照会システム、データ共有、全国民に対するケア品質レベルの維持などを促進するために、益々重要となっている。国家的な監督及び品質保証に参加している非政府セクターの供給者が提供するARTに手厚い助成があるマラウイの革新的なアプローチが、可能性のあるひとつのモデルを示している。

### 拡張戦略改善のためのオペレーショナルリサーチ

不完全な証拠が、治療と予防のギャップを埋める努力の制約になるべきではなく、だからこそ、“3 by 5”には、“実践を通して学ぶ”という考え方が元来備わっている。WHOとUNDP/世界銀行/WHO熱帯病に関する研究及びトレーニング特別プログラム(TDR)は、“3 by 5”重点5カ国(ブルキナファソ、マラウイ、タンザニア、ウガンダ、ザンビア)で、オペレーショナルリサーチと政策を関連付け、プログラムの拡充及び改善のためのエビデンスを迅速に提供するという長年の課題への取り組みを支援している。

オペレーショナルリサーチに関する優先事項の識別に続いて、国家所有のオペレーショナルリサーチ・プログラム策定のために各国のステークホルダーとの間で、幅広いコンサルテーションが行われる。ほとんどのプロジェクトは、2つのフェーズから構成されており、第1フェーズでは、拡充の制約要因を識別するための状況分析が行われ、第2フェーズでは、そのような制約要件を克服するためにどの戦略を取るべきかがテストされ、評価される。

- ブルキナファソは、HIV/エイズとともに生きている人々に治療、ケア及び支援を提供しているNGOと公共ヘルスケア施設の協調関係を改善するために治療とケアの実践についての参加型リサーチプロジェクトを策定した。
- マラウイの目的は、人的資源不足が治療拡充の障害となっている国でヘルスケアプロフェッショナルによるカウンセリング、検査及び治療のためのボランティア活動への関与状況を改善することであった。
- タンザニアのオペレーショナルリサーチ努力は、日常的にアドヒアランスを監視し、それに影響する決定要因を評価するための国家レベルのツールを開発することを目標に掲げ、ARV治療に対するアドヒアランスに焦点をあてる予定である。
- ウガンダは、優れた実践例を識別し一般化することを目的として、同国で利用可能な様々な治療提供方法との関係でアドヒアランスと予防支援方策を研究する予定である。
- ザンビアは、結核及び妊婦診療所におけるART採択の制約要因を、これらの施設におけるアクセスを促進するために識別しようとしている。

上記5カ国で蓄積された経験は、オペレーショナルリサーチを保健システムに統合する際の教訓を提供してくれるであろうし、それは、その他の国々、主要資金提供者及び専門支援機関にとって興味のあることだと思われる。

## テクニカルパートナーシップの調整

資源が増え、テクニカルサポートに対するニーズが増加すると、非常に多くの組織が国家レベルで拡充努力に携わるという状況を生む。たとえばタンザニアでART拡充に貢献している主要な技術支援及び財政支援パートナーには、WHO、UNAIDS、世界銀行多国間エイズプログラム、世界基金、米国大統領エイズ救済緊急計画内の様々なパートナー、クリントン財団、ファミリーヘルス・インターナショナル、欧州委員会、カナダ・デンマーク・ドイツ・ノルウェー・スウェーデン・英国各政府などが含まれる。全体的に、世界レベル、国レベルでプログラム開発やサービス提供に関与するステークホルダーは、市民グループ、宗教関係組織及び民間なども含み、増加している。

効果的なパートナーシップは、ARTプログラムの国レベルでの急速な拡張の原動力となっているが、一方で、効果的な調整の必要性という新しい課題も生みつつある。外部資金提供者、コンサルタント、国際機関などの努力を調和させることが、“スリー・ワンズ（Three Ones）”アプローチ<sup>15</sup>の主要目標である。このアプローチを明確に提起して以来、それに対する政治的な支援が大きく増え、最近では、2005年1月に45のアフリカ連合の首長が“スリー・ワンズ”を承認するに至っている。

“スリー・ワンズ”を実践していくというコミットメントにもかかわらず、多くの国々における拡充施策の責任は、国家エイズ委員会などの政策策定主体と国家レベル・地域レベルの保健行政担当機関などの実施主体の間で断片化している。一方、エイズ関連諸施策の調整機関が存在する場合でも、そうした機関が主要なエイズプログラムに対する資源分配について決定を下す権限を欠いている場合が多い。国レベルの監視と評価機能の整理統合にも問題が多く、資金提供者が、複数の報告要求を課し続ける状況が存在する。

各国で関係各機関の調整業務を改善し、効果的なパートナーシップを促進するために、グローバル・タスクチームがUNAIDSによって編成されており、その任務の一つが、今後18ヶ月で“スリー・ワンズ”を多くの国々でさらに応用するための計測可能な時間的制約付き目標や指標を開発することにある。

調整されたテクニカルサポートは、世界基金から資金供与を国レベルで受けることができるかどうかを決定する主要な要因である。最近のUNAIDS/WHOの世界基金に対する申請分析によれば、申請が以前却下された後にWHOまたはUNAIDSのテクニカルサポートを受けたこれらの審査項目の申請受諾率は、そのようなサポートを受けなかった場合よりも60%高くなっている。さらに明らかなのは、2つの機関がテクニカルな支援を調整している4件の申請の中3件が受諾されており、どちらかひとつの機関しか調整役を務めない場合に比べて受諾率が50%高くなっているということである。

最近数年間の最も心強い趨勢のひとつは、低・中所得諸国で専門的技術面での協力関係が出現していることである。そのような“南-南”協力関係の好例が、HIV治療薬、診断器具及びその他の物品の研究・開発・製造で協力するブラジル、中国、ナイジェリア、ロシア、ウクライナの共同イニシアチブであるHIV/エイズに関するテクノロジーネットワークである。またUNAIDSは、地域内での相乗的効果を見出すことにより技術支援供与の強化とよりよい調整に貢献する“リージョナル・テクニカルサポート・ファシリテーター”の創設に向かう動きを先導している

<sup>15</sup> “スリー・ワンズ”とは、すべてのパートナーの業務を調整するための基盤を提供するひとつの合意されたHIV/エイズアクション・フレームワーク、幅広い基盤を有する複数セクターからの権限委託を受けた国家レベルのひとつのエイズ関連調整権能機関、ひとつの合意された国レベルの監視及び評価システムを意味する。

## 結論と提言

過去18ヶ月間で、治療に対するアクセス拡充について充実した進展が見られ、2005年上半期には、治療を未だ受けていない約10人に9人の割合の人々が暮らしているアフリカ、アジア地域で治療を受ける人々の数の増加が加速する傾向が見られた。こうした努力にもかかわらず、2005年末までに低・中所得国で300万人の人々に治療を提供するという目標が達成される可能性は低い。

本報告書は、抗レトロウイルス療法拡充とHIV/エイズ予防努力の加速化についての主たる障害を明確にした。今日までの計画の進捗とそれを妨げる要因の評価に基づき、WHOとUNAIDSは以下の提言をする。

### 政治的コミットメント

- 各国は、ARTの拡充をはじめとする包括的HIV/エイズ対策についてのハイレベルな政治的コミットメントを強化し続けなければならない。特に、国家レベルの治療目標及びART拡充計画を有していない“3 by 5”重点化対象国家は、出来る限り速やかにこれらを策定すべきである。

### 財政的持続可能性

- UNAIDSは、治療、ケア、予防も含め、今後3年間で世界的なHIV/エイズ関連努力のために少なくとも180億米ドルの追加的な資金が必要であると試算している。資金提供者は、その資金面でのコミットメントを増大し続け、持続的で予測可能な援助を確実なものとする長期的な資金提供計画に関する取り決めを各国と協力して策定しなければならない。
- 各国は、HIV/エイズ努力に対する自らの財政的なコミットメントを強化し続けなければならない。G8の新たな債務免除イニシアチブの元で債務免除の適用を今すぐ受ける資格がある“3 by 5”重点対象となる10カ国は、債務支払いのための資金をHIV/エイズ対策に迅速に割り当てるべきである。
- 各国及び資金提供者は、貧しい患者が、サービス提供拠点で料金を支払う必要がないレベルまでARTプログラムに資金を提供すべきである。

### 人的資源及び供給管理

- 各国及びパートナーは、質の高いHIV治療を受けることができる人々の数を最大化する単純化・標準化されたART施用方法と臨床管理手順を実施すべきである。
- 多くの国々で、ARTを提供する医師やナースの不足が、治療アクセスの拡充の主たる障害となっている。各国及びパートナーは、医師を中心としたART提供モデルを転換し、単純化・標準化されたARTの安全かつ効果的な提供方法について訓練を受けた医師でないヘルスワーカーの数を増やすべきである。
- 各国及びパートナーは、各々の治療拠点において信頼性の高い供給ニーズ予測システムをはじめとする医薬品供給管理システム及び、そこから在庫品が効率よく運搬される便利な場所に適切な量の在庫品を保管するシステムの構築に投資すべきである。

### 予防と治療の統合

- 可能な場合は常に、HIV治療は、予防努力とともに拡充されるべきであり、そのため、ヘルスワーカーと関係サービス拠点は、必須となるHIV治療と予防介入施策を組み合わせたパッケージ施策を実施する能力を備えていなければならない。このパッケージ施策には、同一拠点でHIV治療、抗体検査、カウンセリング、ARTと予防メッセージ及び介入双方を提供できるヘルスワーカーに対する職業訓練を提供することが含まれる。

## 公正なアクセス

- 性別、年齢、場所及びその他の要因に関わらず ART へのアクセスを公正に保証するよう、各国及びパートナーは、ART 普及状況の監視調査システムを改善すべきである。
- ART を受けている子供の数を増加させるために、子供のための新たな薬剤の処方緊急に求められており、現在のコストも低減されなければならない。多くの国々で、治療現場での子供に対する ART 提供管理能力の向上が計られる必要がある。
- 各国及びパートナーは協力して、注射器による薬物使用者、セックスワーカー、大規模な紛争や社会不安が発生している場所に暮らす人々をはじめとする、治療提供が困難な人々に対して ART を提供する革新的プログラムを開発し、実施すべきである。

## 支援の調整と評価

- 資金提供者やパートナーは、国ごとに支援ニーズを決定する合理的なプロセスと支援の迅速な提供を促進するメカニズムを確立することにより、各国に対する財政的及びテクニカルな支援をよりよく調整すべきである。資金提供者及びパートナーはまた、彼らが支援しているプログラムの監視及び評価において調整をよりうまく行うべきである。よりよい調整業務を促進するためのひとつの議論の場が UNAIDS タスクチームであり、同チームは、これらのニーズに取り組むために大胆で革新的な提言を行っている。

WHO、UNAIDS 及びその他の国連各機関は、各国及びその他のパートナーに、上記の優先領域の各々において強化されたテクニカルな支援を提供するために、追加的な財政的資源及びスタッフを割り当てる作業を行っている。WHO は特に、単純化・標準化された治療及び予防方法、ヘルスワーカー教育などの実施、治療への公正なアクセス保証、検査及びカウンセリングの拡充、世界及び各国レベルでの調達及び供給管理業務の改善、ART 及びその他の必須保健サービスに対するアクセス状況監視体制の向上などに対する支援に焦点を当てている。

“3 by 5” は、待ったなしのアクションに対する緊急要請として始まった。進展は当初の予測よりも遅いものの、多くの国々が現在、歴史的な転換点に立っている。このターゲットは、それ自体を到達点と見るのではなく、不可欠な HIV/ エイズ予防及び治療介入の包括的なパッケージに万人がアクセスできる状況を確認するという共通の目標を達成する長期的な世界規模の努力にとっての重要な道標として捉えられるべきである。最終的に、HIV/ エイズに対する対処策は、ミレニアム開発目標に設定されたより幅広い保健及び開発目標の達成に向けての動きを維持し、加速化させる世界的な取り組みを推進し続けるものでなければならない。

## 付属資料1

### 抗レトロウィルス療法を受けている人々の数の推定<sup>16</sup>

抗レトロウィルス療法を受けている人々の数の現在の推定値は、保健省、各国の WHO/UNAIDS 事務所、もしくは各国のその他の信頼できる情報源から収集した最新報告に基づくものである。推定値は、新たに治療を受けている人々の数、アドヒアランス率、治療から脱落してしまった人々の数、追跡調査不能となった人々や死亡者数などについて定期的に報告するシステムが未だ確立されていない国々では、不確実な部分を含んでいる。こうした不確実性の特定の源のひとつは、国レベルの報告数字が、ART を開始した人と、なおも治療中の人（注：薬を受け取り続けている人）の数を識別していない場合が多い点にある。この2つの数の差異は、治療中断による消失または死亡者数を反映している。

もうひとつの不確実性の要因は、非国家セクターにおける治療提供程度計測の困難さにある。多くの人々が、通常の経路で報告を行わない地域の薬局や私立の診療所から薬剤供給を受けている。民間企業は、進行した HIV 関連疾患に罹患した労働者の治療を支援するプログラムを持っている場合もあるが、データに簡単にアクセス可能でない場合もある。

不確実性の3番目の要因は、2005年6月の世界レベルの報告と通常それより早い時期を対象にした国レベルの報告のタイムラグから派生するものである。現在、多くの国々で数字が急速に伸びていることを鑑みれば、月間増加数を推定し、それらを2005年6月の数値に反映させることが必要である。したがって、年半ばの推定値は、現在の趨勢を増加指標として用いた報告済み数字からの単純な直線的予測に基づくものである。

国ごとの全体的な推定に不確実性が関わってくるために、表1は、治療を受けている人々の数の2005年6月の推定値の不確実性の幅を示している。国レベルの報告データでは、公共部門のみ、または公共部門・民間部門の合算の場合で、調査システムの強度に応じて、5~25%の不確実性幅が見込まれた。限られた数の国々で別個に報告された非公共セクターの数字では、不確実性幅は、10~40%に及んでいる。

米国大統領エイズ救済緊急計画と世界エイズ・結核・マラリア対策基金が、開発途上国における ART プログラムに対する主たる資金提供者である。米国大統領緊急計画は、感染件数が集中している15カ国に的を絞っており、治療を受けている人々の数を半年ごとに独自に推定している。これらの数字と、世界基金から提供された数字が本報告書で報告された国レベルの数字の正当性を比較検討するために使用された。米国大統領緊急計画と世界基金は、治療を受けている人々の“重複算入”を避けるために協力している。2004年12月には、6万3,000人の人々が、双方のイニシアチブから恩恵を受けていると考えられていた。そのため、出版物の中には、WHO/UNAIDSの2004年末でARTを受けている人・70万人という推定値の中の6万3,000人がダブルカウントされていると誤って仮定しているものもあった。しかし WHO/UNAIDS の推定値は、各国別の報告書に基づくものであり、その他のソースからのデータを加算したり、ダブルカウントしたりして得られたものではない。

ART を現在を受けている人々の数に関する推定値は、開発途上国に出荷された ARV 薬剤量についての製薬業界の報告書によっても正当性が確認されている。アクセス加速イニシアチブの元で協力している医薬品研究開発企業からのデータ、またジェネリック医薬品製造業者からの報告書によれば、患者100万人相当の3剤併用療法向け薬剤が、2005年上半年に流通している。また、研究型企業の医薬品業界のトレンドデータからも、彼らが2005年上半年末までに、42万7,000人相当の3剤ART薬剤を出荷している開発途上国におけるARV市場の急速な拡大が継続していることが確認されている。

<sup>16</sup> 方法論の詳細は、Boerma TJ, Stanecki K, Newell MK, Monitoring progress towards "3 by 5": methods and update, submitted for publication を参照のこと。

## 治療ニーズの推定

UNAIDS と WHO は、新規 HIV 感染件数、エイズ発症件数及び死亡者数に関する推定値も含め発生しているエイズ流行規模及びその動向を推定する標準的方法論を開発した。<sup>17</sup> これらの数値は、流行の成熟度を考慮に入れ、治療を必要としている成人の数を推定するために使用されている。比較的初期の、拡大途上の流行においては、成熟した、また下降傾向の流行の場合よりも、新たに治療を必要とする HIV 感染者の割合は小さい

15 歳以下の子供たちの治療に関する数値を提供できる国の数が少ないながら増加しているため、この報告書では、初めて、0-49 歳の年齢グループにおける治療ニーズを含むことにした。これらの推定は、UNICEF との協力のもとに行われている。

資源が限られた環境では、HIV に感染した成人や若年者は、感染が確認され、臨床的に進行した疾病の兆候が認められた際に ART を開始するべきであると WHO は推奨している。<sup>18</sup> 資源が乏しい環境では、ART を受けていないエイズを発症した人々の生存期間の中央値は、ちょうど 1 年以下である。HIV 感染が進行している場合、理想的にはエイズを発症する前に、治療を受けるべきである。新たに治療を必要とする進行した HIV 感染を有する人々の数は、本年のエイズ発症件数×2 として推定されている。

ART を必要としている人々の総数は、前年すでに治療を受けており、本年まで生存した人々の数に新たに ART を必要としている人々の数を加算して計算している。この 2 年間にエイズを発症することが予測されている人々の中には、前年中にすでに治療を始めた人々もいるため、ART を新たに必要としている人々の数は、前年に治療を開始した人々の数を差し引き、調整されている。治療開始の時期、患者のアドヒアランス、薬剤耐性パターン、臨床管理の質などの要因に依るが、治療を受けている人々の 80 – 90% が翌年まで生存すると現在では予測されている。

## ART 普及率

普及率レベルは、2005 年 6 月までの ART を受けている人の数を治療を必要としていると推定される人々の数で割った尺度である。ART を必要としていると推定される人々の数が、子供と成人を含み、また子供の治療データを提供している国の割合がわずかなため、この報告書で採用された算定法は、普及率を抑えめに見積もっている。しかしながら、子供は、恐らく 5% 以下と、治療を受けている人々の総数の中では小さな割合を占めるに過ぎない。

17 Walker N, Stanecki KA, Brown T, et al., Methods and procedures for estimating HIV/AIDS and its impact: the UNAIDS/WHO estimates for the end of 2001, AIDS 2003, 17:2215-25.

18 CD4 細胞数に関わらず HIV 疾病ステージ IV、mm3 につき CD4 細胞数 350 以下のステージ III または、重度の免疫抑制に関する臨床検査に基づく証拠 (mm3 につき CD4 細胞数 200 以下)、もしこれらの数値が利用可能でない場合、症状を伴う疾病があり、リンパ球数が mm3 につき 1200 以下。Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach, WHO, Geneva, 2004.

## 付属資料2

### “3 by 5”重点化対象となる国々

下記は、抗レトロウィルス療法の拡充とHIV予防加速化のためにより強力なテクニカルサポートと大規模なりソースを必要とするが故に2003年12月に、“3 by 5”重点化対象となる国と識別された49の国々である。全体的に言って、これらの49の国々の中には、世界レベル及び地域レベルの優先取り組みの対象となる国が混じっている。世界レベルの重点対象となる国は、未充足の治療ニーズが最も高い国家とWHOが当初識別した34カ国であり、これらの国々は総計で、低・中所得諸国の未充足治療ニーズの93%を構成していた。それ以外の15の重点国家は、規模、位置及び流行の特徴(例/速く広がる流行)などの要因の結果、特別な戦略的重要性を有するが故に、WHO地域事務局により15の重点化対象に識別された国々である。

2005年6月現在、これらの49の国々は、世界全体でHIV/エイズとともに生きている全成人及び子供の87%、全世界のエイズによる死亡者の78%、低・中所得国家で治療を必要としている人々の89%を占めている。特に、エチオピア、インド、ナイジェリア、南アフリカ、タンザニア、ジンバブエの6カ国が、低・中所得国家の治療ニーズの50%以上を占めている。

#### 被害が深刻な国々

1. アンゴラ
2. ボツワナ
3. ブルキナファソ
4. ブルンジ
5. カンボジア
6. カメルーン
7. 中央アフリカ共和国
8. 中国
9. コートジボアール
10. コンゴ民主共和国
11. エチオピア
12. ガーナ
13. グアテマラ
14. ギニア
15. ハイチ
16. インド
17. ケニア
18. レソト
19. マラウイ
20. モザンビーク
21. ミャンマー
22. ナミビア
23. ナイジェリア
24. ロシア連邦
25. ルワンダ
26. 南アフリカ
27. スーダン
28. スワジランド
29. ウガンダ
30. ウクライナ
31. タンザニア連合共和国
32. ベトナム
33. ザンビア
34. ジンバブエ

#### 地域的な戦略策定の対象となる国々

35. ベリーズ
36. コスタリカ
37. ジブチ
38. エルサルバドル
39. ガイアナ
40. ホンジュラス
41. インドネシア
42. カザフスタン
43. キルギスタン
44. ニカラグア
45. パナマ
46. ソマリア
47. タジキスタン
48. ウズベキスタン
49. イエメン

