

ENDING AIDS BY 2030: SCIENCE, COMMUNITY AND POLITICAL COMMITMENT

24 APRIL 2018, TOKYO, JAPAN

エイズ流行の終息をめざして

—2030年までの国際目標達成に向けた
科学・コミュニティ・政治の役割を探る—

2018年4月24日 東京

主催



協力機関



プログラム

13:30-13:40

開会挨拶

オーエン・ライアン

国際エイズ学会 (IAS) 事務局長

池田千絵子

厚生労働省総括審議官 (国際保健担当)

13:40-14:20

エイズの流行は終息に向かっているのか?—世界と日本の現状

アディーバ・カマルザマン

マラヤ大学医学部長、IAS運営評議員

岩本愛吉

日本医療研究開発機構戦略推進部長、東京大学名誉教授

14:20-15:00

[対談] 世界のエイズ対策資金： どのように資金を確保し確実な成果に結びつけるか?

[モデレーター]

オーエン・ライアン

IAS事務局長

[パネリスト]

ピーター・サンズ

世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (グローバルファンド)
事務局長

塚田玉樹

外務省国際協力局地球規模課題担当参事官、
グローバルファンド理事会日本政府代表理事

15:00-15:20

コーヒーブレイク

15:20-16:30

科学：HIVの治療・予防はどこまで進んだか?

[モデレーター]

遠藤弘良

聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科長

岡 慎一

国立国際医療研究センター (NCGM) エイズ治療・
研究開発センター長

[パネリスト]

水島大輔

NCGMエイズ治療・研究開発センター医師

松下修三

熊本大学エイズ学研究センター教授、
IAS運営評議員、日本エイズ学会理事長

16:30-17:20 **人権とアクティビズム：
全ての人に保健医療サービスへのアクセスを**

[パネリスト]

川田龍平	参議院議員
生島 嗣	ぶれいす東京理事兼代表
アディーバ・カマルザマン	マラヤ大学医学部長、IAS運営評議員
クリストフ・ベン	グローバルファンド渉外局長
[モデレーター]	
伊藤聡子	日本国際交流センター執行理事、 グローバルファンド日本委員会事務局長

17:20-17:30 **総括**

ビルギット・ポニアトフスキー IAS渉外・開発担当ディレクター

17:30-18:30 **ネットワーキング・レセプション**

国際エイズ学会（IAS）と日本国際交流センター（JCIE）は、2018年4月24日、聖路加国際大学にてシンポジウム「エイズ流行の終息をめざして——2030年までの国際目標達成に向けた科学・コミュニティ・政治の役割を探る」を開催した。大学・研究機関、政府、立法府、国際機関、NGOなどから100名以上の方に参加いただき、科学、政策、人権など幅広い観点から、世界と日本のエイズ流行の現状を確認し、エイズの流行終息という目的に向けて世界は、そして日本は何をなすべきかを議論した。

はじめに

オーエン・ライアン IAS事務局長

エイズに対する理解、HIV（エイズの原因となるウイルス）感染の予防と治療に関しては著しい進歩があった。これはグローバルヘルス分野における最大級の達成だと言ってよいだろう。しかし、新規感染は今なお続き、HIVに感染している人のほぼ半数は治療を受けていない。予防を強化し、増え続けるHIV陽性の人々にできるだけ長く治療を提供すること、そのために必要な資源を確保することなど、多くの課題が残されている。このシンポジウムでは、我々の世代でエイズの流行を終息させる絶好の機会を逃さないために、誰が何をすべきなのかを明確にしていきたい。

池田千絵子 厚生労働省総括審議官（国際保健担当）

抗レトロウイルス治療（ART）を受けている人が2017年には2000万人を超える一方、HIV陽性者の約30%は自らの感染を知らない。エイズ対策には今が重要な時期であり、90-90-90ターゲット（注1）の達成が必要である。日本国内では、年間の新規HIV感染者・エイズ患者報告が横ばい状態を保っているが、エイズ発症までHIV感染を知らずにいる人が報告の3割を占めている。日本政府としては、エイズ予防指針に基づいて人権や社会的背景に配慮しつつ、行政や医療機関、NGOが連携して流行に対応し、グローバルなHIV/エイズ対策にも積極的に取り組む所存である。

注1 2014年に国連共同エイズ計画（UNAIDS）のミッシェル・シディベ事務局長が掲げた、HIV流行を制御するための戦略目標。HIV感染者の90%が自身の感染を知り、そのうち90%が治療を受け、そのうち90%が血中ウイルス量を抑制することを目指す。



池田千絵子 厚生労働省総括審議官（国際保健担当）

エイズの流行は終息に向かっているのか？ 世界の現状

アディーバ・カマルザマン マラヤ大学医学部長、IAS 運営評議員

流行の開始以来、世界で7000万人がHIVに感染し、3500万人がエイズ関連の疾病で死亡している。新奇な病気が出現したという見出しで1980年代初頭にこの流行が報じられてから、私たちは長い道を進んできた。この病気が「後天性免疫不全症候群：エイズ」と名付けられてからわずか2年後の1984年に、フランソワーズ・バレ＝シヌシ博士らのグループが、原因となるウイルスを発見した。1985年にはHIV感染の有無を検査で調べられるようになり、1987年にはエイズ治療薬として最初の抗レトロウイルス薬が承認されている。しかし、高活性抗レトロウイルス療法(HAART)の開発には、さらに9年がかかり、この間にHIVに感染している人は2200万人に増加していた。結果として先進国ではエイズ関連の死者が減少するようになったものの、HAARTが途上国でも広く使えるようになるのは2000年代に入ってからだった。現在では、世界全体でHIVに感染している人の約半数が治療を受けられるようになっている。

治療の進歩とともに、予防の面でも生物医学的な選択肢が増え、より効果の高い行動学的介入が可能になり、また効果的な治療をすれば感染リスクを大きく低減させるという事実によって、予防対策も大きく改善した。その結果、HIV感染率と死亡率は、2010年から2016年の間に、東ヨーロッパ・中央アジア地域を除く世界のほとんどの地域で低下している。

それでもなお、世界には2016年時点で3800万人のHIV陽性者が暮らしている。年間の死者は100万人、新規HIV感染は180万件、一日平均で約5000人が新たにHIVに感染していることになる。この状態で2030年のエイズ流行終息という世界目標を達成するには、なすべきことが数多く残されている。HIVに感染している人の90%が自らの感染を知り、感染を知った人の90%が治療を受け、治療を受けている人の90%に治療効果があらわれれば、エイズの流行はコントロールできるという90-90-90コンセプトに向けて調和のとれた対応が必要になる。現状ではこうした状態を実現できているのはヨーロッパの極めて少数の国だけだ。米国も含め、世界中の多くの国では、治療を受けるべき人の60%以下しか治療を受けることができないでいる。

510万人のHIV陽性者が暮らしているアジア太平洋地域では、2016年のエイズ関連の死者は約18万人で、2000年当時と比べると、3分の1も減っている。HIV感染の負荷が最も高いのはインドと中国で、インドネシア、パキスタンがそれに続いている。この4カ国を合わせると、域内のHIV新規



アディーバ・カマルザマン マラヤ大学医学部長、IAS 運営評議員

感染の4分の3以上となる。合計すると、感染した人の71%が自らの感染を知っている。ということは感染を知らないでいる人が約100万人いるということでもある。治療を受けている人はHIV陽性者全体の47%、体内のウイルス量が抑制されている人は39%となっている。90-90-90の定式に照らし合わせると、有効な治療を受けるべき人のうち170万人が必要な治療を受けられないでいるというギャップがある。

マレーシアでは注射薬物使用者の感染が大きく減ったため、全体の感染率は低下しているものの、性行為による新規感染は増加し、異性間性感染の割合が46%弱に達している。HIV陽性率18.9%の注射薬物使用者に対しては、国が注射針交換サイト700か所、メサドン治療サイト800か所を含むハームリダクションプログラムを採用している。全体では、HIV陽性者の82%が自らの感染を知っており、66%が治療とケアにつながっている。しかし、ケアを継続して受けている人は37%、ARTを続けている人は34%、ウイルス量が抑制されている人は全体の25%にとどまっている。カンボジアでは、HIVサービスと治療の拡大、HIV対策のより広範な保健サービスへの統合、コミュニティの関与の拡大、焦点を絞ったHIV予防対策などへの継続的な政府予算により、社会全体に広がる広範流行からキーポピュレーション(注2)の間での局限流行へと流行状態が移行している。

世界全体で見ると、脆弱性の高い集団にサービスを届けるという大きな課題がいまなお、残っている。その中核となるのは、キーポピュレーションが必要なサービスを利用できるようにすることを妨げているスティグマ(汚名)と差別の解消であり、これはサービス提供の側が公然とキーポピュレーションを拒んでいるからであり、同時にキーポピュレーションが自らの状態を恥と感じたり、差別的な扱いを避けようとしたりするからでもある。一般人口層と比べると、こうした人口集団のHIV感染リスクは10倍から24倍も高く、エイズ流行終息の目標を果たすには、その障壁を取り除くことが不可欠となっている。

注2 UNAIDSにより、男性同性愛者および男性とセックスをする男性(MSM)、セックスワーカーとその客、トランスジェンダー、注射薬物使用者がキーポピュレーションの主要4集団と定義される。

岩本愛吉 日本医療開発機構戦略推進部長、東京大学名誉教授



1981年に北米で最初のエイズ症例が報告されて以来の歴史を振り返ると、1996年頃から多剤併用療法の出現でHIV陽性者の予後が急速に改善してきた。世界全体では、25歳でHIVに感染した人の平均余命は1995年当時の7.6年が、2005～2010年には32.5年に延びている。またカマルザマン先生が述べたように、最近の重要な成果として、予防にもたらす治療の効果（Treatment as Prevention）が挙げられる。ウイルス量が安定して検出限界以下ならパートナーには感染しないことが研究で明らかになっている。さらに、CD4陽性細胞数が高い人でも、すぐに治療を開始した方が、陽性細胞数が下がるまで治療開始を待つより治療の効果は高くなる。

昨年まで12年間にわたり厚生労働省エイズ動向委員会の委員長として、わが国のHIV/エイズ新規報告の推移を分析してきた。日本の報告システムはHIV感染報告とエイズ患者報告が分けられ、エイズ患者報告ではそれまで感染に気付かず、エイズを発症して初めて感染が判明した人が対象になる。このため、最近の感染動向を見るには新規HIV感染報告に着目する必要がある。その報告数は2008年から年間1000～1100件程度と横ばいになり、2017年は速報値ベースだが、11年ぶりに1000件を下回った。

一方で、東京医科学研究所のデータでは、治療を受けている患者の割合が5年ほど前に80%を超え、より多くのHIV陽性者に治療が行きわたる時期とHIV感染者新規報告

が横ばい傾向を示す時期が事実上、一致している。

献血者のデータや拠点病院における受診者統計をもとに日本の90-90-90を算出すべくカスケード研究を行った。現状はHIV感染者のうち検査で陽性と診断された人（既診断者）が86%、既診断者のうち治療中の患者が83%、治療中の患者のうちウイルス抑制を達成している人が99%と推計している。エイズ終結に向けた当面の国際目標である90-90-90ターゲットの定式に照合すると、日本は、86-83-99となる。ただし、グラフ中央の値83%（既診断者のうち治療中患者の割合）については、拠点病院以外にもクリニックなどで治療を受けている患者が一定数いるので、実際の推計値はもう少し上がる可能性が高い。

日本で今、問題となっているのは、(1)いかに効果的な検査を増やすか、(2)いかに新規感染の減少を目指すか、(3)どのようにしたら検査を受けない人を減らせるかの3点である。2006～2010年にかけて行われた戦略研究のデータによると、保健所などでの検査件数が増えても、それで陽性と判明する人の数や陽性率は増えていない。このことから、単に今の検査を増やしても効果は望めない。

治療の進歩を踏まえると、今後は、医療者と政策担当者が治療と予防を車の両輪ととらえ、統合的なHIV対策を考えることが重要であり、個人的な見解として、検査を受けずに発症してから初めて病院に来る方々の理由の解明と、感染者全員が治療を受けられる支援策が必要であると考えられる。

[対談] 世界のエイズ対策資金：どのように資金を確保し確実な成果に結びつけるか

オーエン・ライアン 国際エイズ学会 (IAS) 事務局長 (モデレーター)

ピーター・サンズ 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (グローバルファンド) 事務局長

塚田玉樹 外務省国際協力局地球規模課題担当参事官、グローバルファンド理事会日本政府代表理事



左から、オーエン・ライアン IAS 事務局長、ピーター・サンズ グローバルファンド事務局長

流行終息に今必要とされる行動

ライアン事務局長：2030年のエイズ流行終息という目標に懐疑的な人もいます。達成させるために必要な行動は何だと考えるか？

サンズ事務局長：予防を強化することだ。2016年には180万人が新たにHIVに感染している。約1600万人は本来受けるべきARTを受けられていない。現在実施していることをただ継続するだけでは、不十分である。

資金が必要なことは言うまでもない。だが、アクセスの保障も重要だ。脆弱性の高い人々がサービスにアクセスすることを妨げるスティグマや差別を取り除く、強い決断も必要なのだ。特に取り組まなければならない課題は、女性や少女における高い感染率である。サハラ以南アフリカの最も感染が

多い国では、新規感染の8割が女性や少女である。予防には、医療だけではなく社会的な対応が必要だ。特に、女性や少女に対する性暴力やリスク行動を見直さなければいけない。流行を終息させるためのツールはある。問題は、本当に実現する意思があるかということだ。

塚田参事官：ミレニアム開発目標 (MDGs) ではHIV/エイズのまん延を防ぎ、その後減少させることが目標だったが、持続可能な開発目標 (SDGs) の枠組みでは、流行の終息そのものが新たな目標となった。これは、終息は実現可能だとする国際社会の意欲的な見方を示している。ただしそれは、政治リーダーたちが必要な政策を実行し、資源に投資する意欲を高めれば可能だ、ということである。

特定の疾病との闘いに資金を繋げる垂直的アプローチ

と、国の保健システムの強化を目指す水平的アプローチの間で注意深いバランスをとらなければならない。政府の役割も、また重要だ。「誰一人とり残さない」という理念に基づき、女性や少女、MSMにおける感染や、薬剤耐性といった新たな課題に対策を講じなければならない。

資金は集められるか

ライアン：UNAIDSは、2030年のエイズ流行終息を達成させるためには、2020年まで年間約250億ドルが、さらに2030年まで年間約200億ドルが必要になると試算している。どこからこのような資金を調達できると考えるか？

サンズ：2016年、総額190億ドルの資金が低所得国でエイズのために使われたが、このうち55%は国内資金だった。援助国からの支援には限界がある。低所得国が自ら国内の資金を確保すること、また同時に、1ドルあたりのインパクトを上げることが重要だ。治療法や薬剤の調達方法など費用対効果を改善すれば、同額でより多くのサービスを届けられる、終息に手が届かないわけではない。資金は現在の2倍、3倍もかかるものではなく、もう少し増やせば達成できるところまで来ている。

塚田：援助国からの持続的支援は必要だと考えている。なぜなら、ヘルスセキュリティ（保健安全保障）上、世界のどこかで脅威が存在する限り、他の場所にも直接的あるいは間接的な影響がある。我々には、この課題に対応する共同責任がある。このグローバル・ヘルスセキュリティの概念は、より明確に伝えられなければならない。

誰も取り残さないために

サンズ：キーポピュレーションの診断や治療、薬剤へのアクセスを確保しなければ、流行終息は実現しない。女性や少女は、診断や治療を受けていない男性から感染しているのだ。重要なサービスへのアクセスを妨げる障壁を克服するために、市民社会の役割は重要だ。市民社会は、キーポピュレーションの声となる。また、現場で実際の支援を行い、現実起こっていることを伝えてくれる。市民社会と共に働いているグローバルファンドのような組織は、世界で、また対象国において、人権と平等に根ざして活動をしていかなければならない。

塚田：体系的なアプローチが重要だ。予防から検査、治療まで一貫した継続的介入が、全ての人に利用可能でなければならない。必要に応じて薬を入手できるようにするためには、強固で効果的な医薬品供給網が必要だ。幅広い保健医療サービスの中にHIVの予防と治療を組み込んだ包括的ケアを提供するために、適切な教育を受けた保健医療従事者



塚田玉樹 外務省国際協力局地球規模課題担当参事官、グローバルファンド理事会日本政府代表理事

が必要である。このように、人々の健康を保障する最も効果的な方法として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成は有用であると考える。

UHCの達成に向けた進展を加速させるため、日本は他の開発パートナーと協力してUHCに取り組む国々を支援し、また約60か国の政府や二国間および多国間援助機関、市民団体、民間企業が参画するUHC2030プラットフォームを支援している。また、グローバル・ファイナンス・ファシリティ（GFF）への拠出による女性、子供及び青少年の健康のための世界戦略（Every Woman Every Child）に対する支援を通して、各国がUHCに取り組む動機づけを提供している。

民間企業セクターへの期待

ライオン：民間企業については、どのように巻き込んでいけると考えるか？

サンス：気候変動の領域に比べると、グローバルヘルスでは民間企業の活用が依然として不十分である。グローバルヘルスへの投資を動機付けることが重要だ。経営上の関心事—例えばどの企業にとっても健康な労働力は不可欠—に訴え、医薬品の調達網整備などに企業が持つロジスティクスの専門性を活用したり、新しい医薬品の開発、新しい雇用モデルの保健医療組織への応用、企業の広報力を活用して消費者にリスクの高い行為からの行動変容を働きかけるなど様々なアイデアがある。今ある資源でより大きなインパクトを生むためには、民間企業セクターとの連携が不可欠だ。

塚田：企業がグローバルヘルスに投資するかどうかの意思決定には、それが営業上の利益につながるかどうかの判断がある。そのために、企業にインセンティブを与える適切な仕組みが必要だ。日本では、官民連携のパートナーシップとしてグローバルヘルス技術振興基金（GHIT）が機能している。官民が連携して、利益を出しつつ社会全体にとってより良いことを追求することは、非常に重要だ。

科学：HIVの治療・予防はどこまで進んだか？

遠藤弘良 聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科長（モデレーター）

岡 慎一 国立国際医療研究センター（NCGM）エイズ治療・研究開発センター長（モデレーター）

松下修三 熊本大学エイズ研究センター教授、IAS運営評議員

水島大輔 NCGMエイズ治療・研究開発センター医師



左から、松下修三 熊本大学エイズ研究センター教授、IAS運営評議員、水島大輔 NCGM エイズ治療・研究開発センター医師、岡 慎一 同センター長、遠藤弘良 聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科長

松下修三 熊本大学エイズ研究センター教授、IAS運営評議員

ARTの進歩でHIV感染はコントロール可能な慢性感染症になった。1981年に最初に症例が報告されてから今日までの間、薬が良くなることで、治療の考え方も進歩してきた。およそ3つの時期に分けられる。1996～2007年頃にかけてはエイズ発症およびエイズに伴う死亡を防ぐことが大きな目的だった。その後、早期の治療開始が合併症の抑制にも有効なことが示されたため、2008年以降は早期治療が推進された。さらに2011年からは、治療をきちんと受けていればパートナーへの感染が防げることが証明されたため、HIV感染が判明した人全員に治療を提供することが強調され、予防としての治療の効果も確認されるようになってきている。現在は、HIVに感染していても、服薬を継続すれば、平均寿命は感染していない人とほぼ同じになり、普通の生活を送り、結婚して子どもをもうけることもできる等、ARTの開始当時には予想もできない進歩がもたらされている。

しかしながら、長期治療にはいくつかの課題がある。一つ

は薬剤耐性の問題である。以前は、多くの薬剤を定期的に服薬する必要があり、服薬が不十分なために薬剤耐性ウイルスが出現した。最近では、耐性が出にくいとされてきた薬でも、次々と耐性が報告されるようになってきた。昨年ランセット誌で発表された研究では、当初から多く使われてきたNNRTI（非核酸系逆転写酵素阻害薬）に対し、年々耐性が増加していることが示され、南部アフリカではすでに23%、他のアフリカ地域では17%、アジアでは11%が耐性になっていると報告された。そのため、NNRTIを一次選択薬として使っても治療の失敗が増えるだけであり、INSTI（インテグラーゼ阻害剤）を中心とした治療に変更すべきではないかという提言も出ている。その他にも、治療の課題として、加齢に関連した慢性合併症の増加や、結核・B型肝炎・C型肝炎などとの重複感染、薬剤間の相互作用、治療へのアクセスも挙げられる。

また、ARTは生涯にわたって続ける必要があるため、全員に継続してその治療を提供するための安定的な財源確保も今後はますます大きな課題となる。ARTでHIVの増殖は防



松下修三 熊本大学エイズ研究センター教授、IAS 運営評議員

げても、感染細胞が体内から消えるわけではないからだ。

このため、ARTの普及を進めると同時に、HIVの治癒の実現が重要課題となる。HIV感染後に急性骨髄性白血病を発症した症例について、特殊な遺伝的背景を持つ骨髄ドナーの細胞を用いて骨髄移植をしたことによりHIVが検出されなくなった例や、サルモデルで中和抗体によりウイルスのリザーバーが大幅に減少した報告など、治癒に向けた研究が進んでいる。今後も、治療継続の必要がなくなる「長期寛解状態」の実現に向けた研究が必要で、期待できる成果も報告されている。

Q・なぜ、日本では感染者全員がまだ治療されていないのか？

A・性感染症の既往があるようなリスクの高い集団に対する検査や、若年層に対する啓発活動が不十分であることが挙げられる。

Q・日本ではCD4値500以下でないと障害認定を受けられず、医療費が高額で治療を始められない現状がある。制限は撤廃すべきだと考えるが、日本エイズ学会としてはどう考えるか。

A・同じ認識だ。全員治療が原則であり、障害認定ではない別の手段で治療や薬剤の供給方法を検討していく段階にある。

水島大輔 NCGMエイズ治療・研究開発センター医師

従来、HIV感染予防といえばコンドーム使用など行動学的な方法のみであったがこれは効果が必ずしも高くなく、近年は薬を用いた予防が進んでいる。まず、予防にもたらず治療の効果（Treatment as Prevention）を取り上げたい。ARTの継続で血液中のHIV量を抑制できれば、感染リスクを最小限に抑え、集団レベルでの感染制御にも効果があるとする研究成果が出ている。こうした成果が現在、国際的にはU=U（Undetectable Equals Untransmittable = 検出限界以下なら感染しない）キャンペーンや90-90-90ケアカスケード目標につながっている。

次に挙げられるのが、HIVに感染していない人に抗レトロウイルス薬を予防目的で使用する曝露後予防服薬（PEP）と曝露前予防服薬（PrEP）である。PEPは、医療機関での針刺し事故など職業的な院内感染対策として始まり、性感染のリスク低減など医療事故以外でも広がっていった。曝露から72時間以内にARTを始め、通常は28日間の投薬を続ける。

ただし、感染リスクの高い状況が繰り返される一定の人たちには、曝露後よりも曝露前のPrEPが検討されるように



水島大輔 NCGMエイズ治療・研究開発センター医師

なっている。PrEPには、ツルバダ（TDF/FTCの合剤）の経口服薬、マイクロピサイドや膣内リングへの使用などがあり、筋肉注射による長期持続型PrEPの研究も進められている。1日1回1錠の経口服薬をきちんと継続すれば90%以上の予防効果がある。さらに定期的な服用ではなく、性行為の24～2時間前に2錠、性行為後2日間1錠ずつという方法も、研究では85%程度の予防効果が示されている。

このようにPrEPの効果と安全性はすでに科学的には証

明されているが、実際には、各国の事情に合わせて導入を進めるにはどうすべきか、また、感染リスクの高い集団をどのように把握し、服薬の継続を高めるかが課題となる。PrEPの対象については、国際抗ウイルス学会が「年間のHIV罹患率が2%以上の集団」と既定している。

日本では、MSMのHIV有病率や罹患率も不明で情報が少ないこともあり、PrEPをめぐる積極的な議論ができていない。こうした課題に対応するため、現在では3つの研究が進行中である。1つ目は、新宿二丁目のコミュニティセンターやHIV陽性者支援活動を行うNPOと協力し、罹患率の推定と家庭ベースの検査の有効性確立のため、HIV自己検査を実施している。2015年8月から2016年12月の間に1100人以上の人を対象として、82%以上の回収率であった。このうち、34例のHIV感染をみとめ、有病率は3.03%であった。

2つ目の研究は、NCGM内に開設したSH（セクシャルヘルス）外来でMSMを対象としたコホート研究に取り組んでいる。この研究目的は、今後日本で実施するPrEPパイロット研究の基盤を作ることである。対象となる16歳以上のMSMやトランスジェンダーの女性が、3ヶ月に一度クリニックを訪問し、予防に関する情報や、HIV、梅毒、直腸肛門の性感染症の検査を受け、必要であればその治療を受ける。これまでに300人の患者が参加し、性感染症の陽性率が30%、HIV有病率が2.6%で、HIV罹患率は4.1%/年とPrEPの対象となりえる高リスク集団であると考えられた。

3つ目の研究は、2つ目の研究と関連させて、2018年2月からPrEPデモンストレーション研究を開始した。対象は、HIVリスクが実質的に高い成人のMSM120名で、これには少なくとも2年間の研究期間を要する。

これまでに得られたデータは、まだ研究初期段階のものではあるものの、HIV有病率に関するデータは日本のMSMがPrEPの対象集団であることを示している。日本でPrEPが成功するかどうかは、アドヒアランス（患者自身が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること）とリテンション（治療から脱落せず継続すること）を高められるかどうかにかかっている。また、さらに日本でPrEPを導入するための障壁として、予防目的でのツルバダ使用が承認されていないこと、ツルバダが高価であること（ジェネリックの普及が必要）、コンドームを使わない性行為や他の性感染症を増加させる恐れがあることが挙げられる。またMSM層に対して、PrEPに関する正確な情報を提供する必要がある。

人権とアクティビズム：全ての人に保健医療サービスへのアクセスを

伊藤聡子 日本国際交流センター(JCIE) 執行理事、グローバルファンド日本委員会事務局長 (モデレーター)

川田龍平 参議院議員

生島 嗣 ぶれいす東京代表

アディーバ・カマルザマン マラヤ大学医学部長、IAS運営評議員

クリストフ・ベン グローバルファンド渉外局長



左から、生島 嗣 ぶれいす東京代表、アディーバ・カマルザマン マラヤ大学医学部長、IAS運営評議員、川田龍平 参議院議員、クリストフ・ベン グローバルファンド渉外局長、伊藤聡子 JCIE 執行理事、グローバルファンド日本委員会事務局長

伊藤執行理事：エイズとの闘いを特徴づけるものの1つとしてアクティビズムがあげられる。

NPO/NGO、研究者、政治家、宗教家などさまざまな立場の人がHIV陽性者とともに行動を起こし、すべての人に必要な医療サービスを届けられるよう働きかけた。そうした社会運動が大きくなるとなり、政治を動かし、国連を動かし、世界のエイズ対策のメカニズムを作り上げてきた。様々な立場からアクティビズムにかかわってきた4名のパネリストを迎えて議論したい。

——自分たちの行動はどのように社会や文化を動かしたか？

川田議員：23年前、19歳のときに、薬害エイズの被害者として裁判を闘った。実名を公表して原告団に加わったことにより、同年代の大学生らが「自分たちの世代の問題でもある」と感じて動き、全国から集まった3000人の若者が「人間の鎖」となり厚生省を取り囲むなどメディアの注目を集め、社会運動となって世論や政治を動かした。その結果、薬害エ

イズ裁判は和解に至り、誰もがエイズ治療を受けられる制度がつくられることとなって、システムが現実が変わっていった。また、エイズに関する差別や偏見を取り除く力にもなった。

生島代表：日本のHIV陽性者やHIVに影響を受けたコミュニティが意思決定に関わるようになる節目は、国際会議によってもたらされたといえる。最初の節目は、1994年に第10回国際エイズ会議が横浜で開かれた際、国際エイズ学会や世界保健機関の働きかけで、学術界だけでなくコミュニティを代表する人物として、ぶれいす東京の代表(当時)が組織委員会に加わったことである。さらに、2005年に神戸で開催されたアジア太平洋地域エイズ国際会議の準備に向けて、2002年に当事者の団体として日本HIV陽性者ネットワークJaNP+が発足したことも重要な動きだった。また、制度を作るのに最も貢献したのは、川田さんが述べた薬害エイズ裁判の和解である。これにより、1998年にHIV感染が内部障害として障害認定の対象になり、感染経路を問わずに性感染のHIV陽性者も経済的な観点から治療を継続

する力になった。当時は、治療費負担のために自己破産申請をするHIV陽性者が相次ぐ状態だった。

カマルザマン医学部長：マレーシアでは、2005年に物事が動いた。その年に発表されたMDGs中間報告書で、マレーシアが唯一達成できていないのはゴール6のHIVだということが明らかになり、政府は何とかしなければと焦り始めた。当時マレーシアでは注射薬物使用者のHIV感染が非常に多かったが、科学者やアクティビストは、薬物使用とHIVの相関関係についてエビデンスをきちんと示し、関係省庁の説得を試みた。また、穏健派の宗教指導者も味方になってもらった。イスラム社会では薬物使用は不道德と忌避されるが、実はシャリア（イスラム法）の目的の一つは人命の保護であることを強調し、メサドンプログラムや注射針交換の導入を働きかけた。注射針交換はいまでも積極的に推奨はされていないものの、両者が導入されたことは感染を著しく減少させることとなった。

ベン局長：私はエイズ流行の初期に東アフリカで医師として働いていた。自分が受け持つ患者のおよそ三割がHIVに感染していて、効果的な治療にアクセスできないまま、次々と命を落としていった。この経験から、エイズとの闘いには、小手先の対処ではなく抜本的な変革をして、国際社会が共同で「投資」する仕組みが必要だと感じた。その思いがグローバルファンドでの仕事の原点だ。

世界的なエイズの社会運動は、ゲームの流れを変える役割を果たしたと思う。「人権」という概念を初めて保健に組み込むことができたからである。アクティビズムは、生まれた場所や貧富の差にかかわらず、誰でもが治療と予防にアクセスできるようにすることを強く求めた。このようなアクティビストの活動と、政策に働きかけるアドボカシー活動とが組み合わせられたことが大きな違いを生んだ。

——人権の観点から見ると、2030年までにエイズの流行を終息させるために何が最も必要か？また、エイズとの闘いで得た教訓のうち、他の疾病対策や社会問題に生かせることは何か？

生島：国内では、地方でのMSMのHIV検査受検割合を高めることが重要である。特に地方部では、男性同性愛者であることを隠して生きている人が多く、スティグマや差別が検査の障壁になっているからだ。スティグマの解消に向けた予算が必要だが、国内エイズ予算は減少し続け、現在は年間47億円となっている。また、新規HIV感染の報告は全体と



川田龍平 参議院議員

して横ばい状態だが、ここ数年は、その中で日本に滞在する外国人の感染報告が増えている。東アジアのMSMの人口移動が増えており、また、LGBT（女性同性愛者・男性同性愛者、両性愛者、トランスジェンダー）やHIV陽性者への暴力や差別は日本を含むアジア諸国に共通して起こっている。対策についても、アジアの国々が連携して進めるべきだ。

エイズの教訓として生きているのは、個別施策層だろう。わが国のエイズ政策の方向性を示すエイズ予防指針では、個別施策層が重視されている。感染リスクに直面し、対策上の特別な配慮を必要とする人口集団のことであるが、1999年の指針告示から3度の改正を経て、個別施策層を「コントロール対象ではなく、当事者が意思をもって政策を作り上げていく存在」と受け止めるようになった。このことは、他の疾患にも影響を与えていると考えている。

川田：国内で、エイズの流行が深刻な問題として捉えられていないことが懸念される。生島さんが話した通り、差別や偏見がエイズの検査に行きにくくしており、性教育、人権の教育が必要である。また、資金確保のため、わが国でも国際連帯税が必要である。来年から導入される観光振興目的の国際観光旅客税については、税金の用途を拡大できる可能性は残っており、安心して旅行ができるため感染症対策の財源としても考える必要がある。

カマルザマン：脆弱性の高い人々の行動を犯罪とみなす制度、スティグマや差別を撤廃しなければ、医療サービスへの

アクセスは改善せず、エイズ流行の終息は達成できないだろう。また、社会的排除に伴うセルフスティグマ、うつ、自殺など、メンタルヘルスの問題に注意を傾けなければいけない。保健医療専門家の教育と同時に、キーポピュレーションを医療システムに結びつけ、コミュニティでの支援を見つめられるようにエンパワーも必要だ。

これまでのエイズ対策の歴史の中で、保健医療施設から地域の人材に予防やケアをタスク・シフト（権限委譲）するといった新しい考え方や、貧困・不平等が疾病を引き起こすとした「健康の社会的決定要因」の概念がいかに重要であるかがわかっている。これは、今後の疾病構造の変化に伴い慢性疾患の対策にもモデルとなるだろう。

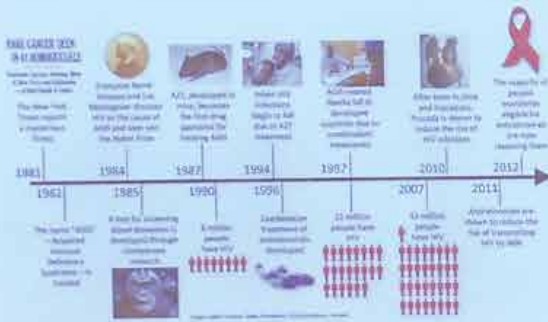
ベン：公衆衛生上の脅威としてのエイズの流行終息とUHCの達成のためには、3つの事が鍵となる。まず、(1) コミュニティの参画一どのような対策がうまく行くかを見極め、サービスを提供するにはコミュニティの参画が欠かせない一、(2) イノベーションーエイズの治癒を可能にする技術を含め、生物医学的な研究開発を推進することが必要、しかも誰でも手が届く価格である必要がある一、そして(3) 中低所得国の自助努力と、国際援助の継続との間でバランスを取ることだ。

今日、UHC達成に向けたアドボカシーは、このアジア太平洋地域ではエイズの社会運動の経験者が担っている。こうした運動が世界に広まって初めて、SDGsが達成できるだろう。

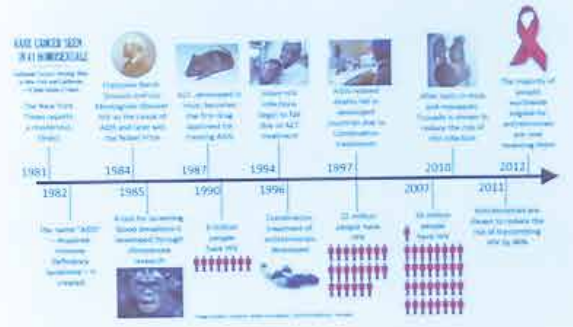


生島 嗣 ぷれいす東京代表

HIV/AIDS TIMELINE



HIV/AIDS TIMELINE



エイズ流行の終息をめざして
—2030年までの国際目標達成に向けた
科学・コミュニティ・政治の役割を探る—

2018年7月発行

共催：国際エイズ学会
(公財) 日本国際交流センター

発行：(公財) 日本国際交流センター
〒107-0052 東京都港区赤坂1-1-12 明産溜池ビル7階
TEL: 03-6277-7811 FAX: 03-6277-6712

Copyright © 2018 Japan Center for International Exchange
All rights reserved

