

第1章

エイズ政策のグローバルトレンド

河野健一郎

はじめに

国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS）の最新のレポートによると、2004年12月時点での患者・感染者数は3940万人に上り、この1年間で490万人が新たにHIVに感染、310万人のエイズ患者が亡くなっている（表1）。これまでも各国政府や国際機関等によって様々なエイズ政策が実施されてきたが、感染拡大の勢いを止めるには至っておらず、政策目標達成のために取り組むべき課題はまだまだ山積している。新興感染症であるHIV/AIDSへの対策はまさに試行錯誤の連続であり、エイズ政策も常に変化してきた。現在においても途上国における治療導入の動きが活発化するなど、依然としてその変化の只中にあると言えることができる。本章はこのようなダイナミックな展開を見せるエイズ政策の世界的な潮流を捉えることを目的としている。

アフリカ諸国の状況については後の章に譲ることとし、本章では多国間援助機関と二国間援助機関のエイズ政策について主に取り上げる。第1節では1990年代を通じて形成されてきた、エイズ政策の大きな流れについて振り返る。第2節、第3節では2000年以降、現在に至るまでのエイズ政策の動向について述べるが、最大のトピックである抗レトロウイルス薬療法（Antiretroviral therapy: ART）の本格的

表1 世界のHIV/AIDS感染拡大状況（2004年12月）

		患者・感染者数	上位推計	下位推計
トータル		3,940万人	3,590万人	4,430万人
	成人	3,720万人	3,380万人	4,170万人
	女性	1,760万人	1,630万人	1,950万人
	15歳以下の児童	220万人	200万人	260万人
(参考) サブサハラ・アフリカ(成人+児童)		2,540万人	2,340万人	2,840万人

		新規感染者数	上位推計	下位推計
トータル		490万人	430万人	640万人
	成人	430万人	370万人	570万人
	15歳以下の児童	64万人	57万人	75万人
(参考) サブサハラ・アフリカ(成人+児童)		310万人	270万人	380万人

		エイズによる 死者数	上位推計	下位推計
トータル		310万人	280万人	350万人
	成人	260万人	230万人	290万人
	15歳以下の児童	51万人	46万人	60万人
(参考) サブサハラ・アフリカ(成人+児童)		230万人	210万人	260万人

(出所) UNAIDS [2004]

な導入に向けた動きに主に焦点を当てている。第2節は多国間援助機関、特に保健分野における主要な援助機関である世界保健機関（World Health Organization: WHO）を中心に、第3節は二国間援助機関、特に近年大規模なエイズ対策計画を立ち上げた米国を中心に記述し、日本のエイズ政策についても触れる。

第1節 1990年代のエイズ政策¹

1. 1990年代前半までの主な動向

(1) エイズ政策におけるメインストリームの形成

各国様々なアプローチで展開されてきたエイズ政策も、1990年代前半にはそのあ

¹ 本節における各国の事例については、主にアフリカ日本協議会・感染症研究会の連続講座、2003年度外務省「保健分野NGO研究会」(アフリカ日本協議会委嘱)の連続講座の内容に基づいている。

り方について一定のメインストリームが形成されるようになってきた。

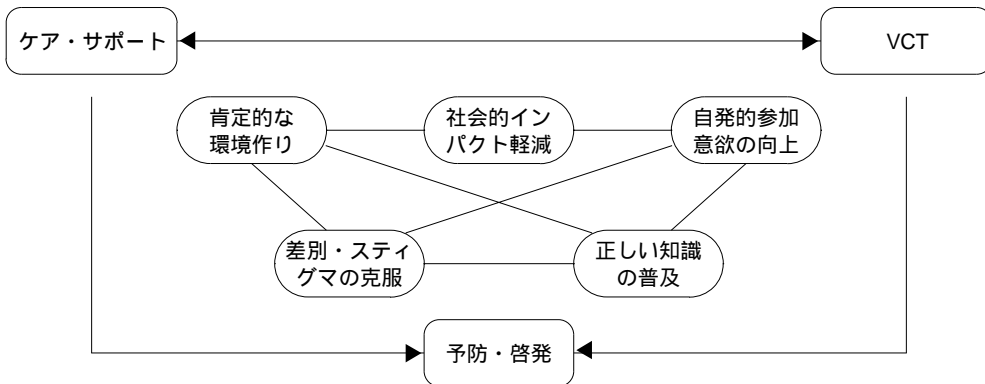
第一には「政府の主体的なコミットメント」であり、HIV/AIDSの問題を国家的な重要課題として位置づけ、まずは政府が率先して取り組むことが求められるようになった。初期段階にはHIV/AIDSの問題から目を背け、ともすれば患者・感染者を疎外するような政策が採られることもあったが、そうした姿勢が問題を潜在化させかえって感染拡大を助長する面もあったとの反省によるものである²。政府がこの問題に対して正面から向き合い、患者・感染者に対する差別や偏見を軽減するような政策をとることにより、社会全体としてこの問題に取り組めるような環境を作り出してゆくことが必要との認識である。

第二に、患者・感染者自身、地域・コミュニティ、宗教界、企業セクター等の「多様なステークホルダーの参加」である。特に患者・感染者自身を政策の企画・策定や予防・啓発等の実施主体として位置づけることの重要性が認識された。こうしたことを通じて患者・感染者自身の意向が政策に反映され、実効性の高い政策策定が期待されると同時に、患者・感染者のエンパワーメントを図ることができる。また、社会とのコミュニケーション機会が増えることにより、社会的な疎外を軽減する効果も期待される。

第三に対策メニューの相互連携の重要性が認識され、「予防・啓発」、「ケア・サポート」、「自発的カウンセリング・検査 (Voluntary Counseling and Testing: VCT)」の包括的な実施が必要とされた。それぞれの対策メニューは相互に関連しており、単独では十分な効果が期待できない。たとえば、差別や偏見が強いなかでケア・サポートを実施しようとしても、患者・感染者は自分のステータスが周囲に明らかになることを恐れてサービスを受けることができないであろう。また、もしVCTの結果、HIVに感染していることが判明したときに、何のケア・サポートも受けられずにただ死を待つしかないという状況であれば、自らが感染しているかどうかなど知りたくないと思うであろう(図1)。

² たとえば、エイズ問題発生当初の米国では、同性愛者、ハイチ人(1980年代初頭の米国では、ハイチ出身者に発病ケースがよく見られた)、血友病患者といった一部の人々が関係する特殊な疾病との認識が一般的であり、「ゲイ関連免疫不全症候群」と呼ばれていたこともあった。また、当時の共和党政権によるエイズ政策には「エイズは天罰」、「同性愛者の性行動に関する教育に予算はつけられない」といった差別的なスタンスが強かった。その後、患者・感染者自身の粘り強い運動に加え、著名人のエイズによる死(名優ロック・ハドソン氏など)やカミングアウト(NBAのマジック・ジョンソン氏など)といった象徴的な出来事を経て、ようやく感染者の人権に配慮した政策が採用されるようになってゆく。

図1 エイズ政策の相互連関



(出所) 外務省 [2004b] より、一部改訂して筆者作成。

(2) エイズ政策の成功事例

この時期のエイズ政策の成功事例として、まずはタイを挙げることができよう。タイのエイズ政策のポイントは、政府のコミットメント、NGOや患者・感染者自身の参加、大規模なメディアキャンペーンによる正しい情報提供、コンドームの使用促進による予防活動である。タイでは1980年代後半から東南アジア最悪と言われる感染拡大に見舞われたが、こうした政策の遂行により、1990年代初頭をピークに新規感染者数を劇的に減少させることに成功した。

先進国の事例としてはオーストラリアを挙げることができる。オーストラリアでは1983年より三次に渡る国家エイズ戦略を遂行してきた。男性同性愛者、セックスワーカー、注射薬物使用者、先住民族といった優先的に対策を実施する個別施策層を設定しつつも、多様な社会セクター（特にヴァルネラブル・コミュニティ）との協働による偏向のない政策策定が行われ、コミュニティの参加による政策遂行が図られた。また、既存の法規制よりもHIV/AIDSによる被害の最小化が最優先とされた。たとえば、注射薬物使用者における感染拡大に対しては、麻薬の取り締まりもさることながら、むしろ清潔な注射針の使用促進が図られた。

アフリカにおける事例としてはセネガルとウガンダを挙げることができよう。セネガルでは早い段階から政府が主体的にコミットし、多様なステークホルダーを巻き込んだエイズ政策が実施された。宗教界もHIV/AIDSの拡大という非常事態に対して、予防目的としてのコンドーム使用を否定しない、というメッセージを発し側面支援した。その結果、感染拡大が深刻なアフリカ諸国のなかにおいて、HIV感染率を低く抑え込むことに成功したとされる。一方、ウガンダは、アフリカでも最悪

と言える感染拡大に直面していた。政府要人の相次ぐ死去というような背景もあり、ムセベニ（Yoweri K. Museveni）大統領の強いリーダーシップの下、予防・啓発を中心とするエイズ政策が実施され、その後の感染拡大に歯止めをかけたとされている。

しかしながら、上記のような成功事例はむしろ稀であり、世界全体としては爆発的な感染拡大を阻止することができなかった。WHO主導の下、大々的に実施されたエイズ政策もなかなか目に見える実績をあげることができず、閉塞感も漂いつつあった。また、WHOによる政策遂行もややもすると画一的となり、組織作りや計画策定といった形式に流れて実態が必ずしも伴わない面もあったという指摘もできよう。

2. 1990年代後半の主な動向

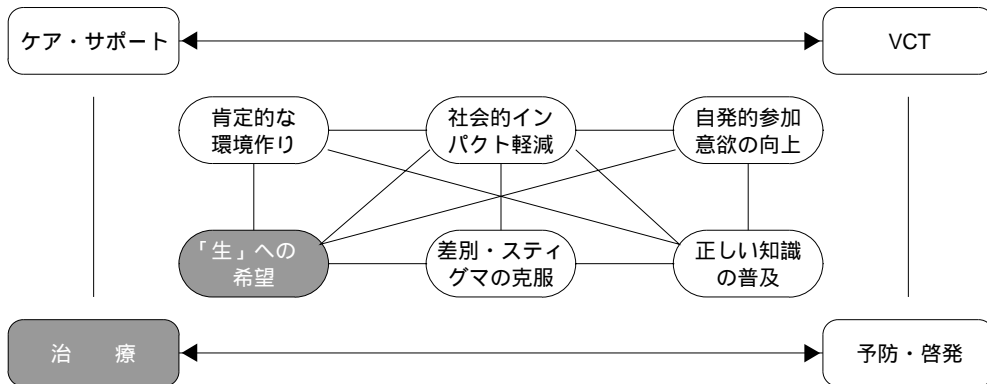
(1) 抗レトロウイルス薬療法のインパクト

こうした状況に劇的な変化をもたらしたのが1996年に登場した抗レトロウイルス薬（Antiretroviral drug: ARV）による多剤併用療法である。異なる作用機序のARVを同時に服用することにより、ウイルス量を検出可能レベル以下にまで抑え込み、免疫機能を正常レベルまで回復させることができるようになった。もちろんウイルスを完全に除去することはできず、長年の服用による耐性ウイルスの発生も懸念されるが、HIV/AIDSを「死の病」から「コントロール可能な慢性疾患」へと変えたこの療法の登場は、エイズ政策においても様々な意味で劇的な変化をもたらした。

まず既往の「予防・啓発」、「ケア・サポート」、「VCT」という政策メニューに「抗レトロウイルス薬療法（ART）」が追加され、それぞれのメニューが相互連関性を発揮することにより、エイズ政策の実効性をさらに高める効果をもたらした。たとえば、HIV/AIDSに対する「死の病」という社会的なイメージが一変することにより、恐怖感をもたらす差別や偏見、疎外等を軽減する役割を果たした。また、VCTによりHIV感染が判明したときに、ケア・サポートのみならずARTを受けることができ、当面は通常と変わらない生活を送ることができる、とわかっていれば、VCTを受けるモチベーションも一層高まることとなる（図2）。

先進国においてはこのようなARTが導入され、患者・感染者は「死の病」の恐怖から曲がりなりにも解き放たれることができた。ARTのコストは年間数万ドルと非常に高価であるが、保険医療への導入や政府による助成の実施等により、先進国の国民は誰もが等しく治療を受けることが可能となった。

図2 治療を含むエイズ政策の相互連関



(出所) 外務省 [2004b] より、一部改訂して筆者作成。

(2) 途上国における状況

一方でARTの登場は、先進国と途上国の格差を浮き彫りにすることとなった。社会保障制度が未整備な途上国においては、高価なARVはほとんどの国民にとって手の届かない存在である。先進国であれば助かる命が、途上国において毎年300万人も失われていく現実に対し、ARVを求める患者・感染者自身の運動が活発化していくこととなる。

ブラジルにおいては、政府が国民の生命と健康を守る義務があることが憲法に規定されていることを盾に、ARTが必要な全ての患者・感染者に治療を提供することを求める憲法訴訟が、患者・感染者を中心として提起された。最終的に裁判所が政府のART提供義務を認めたことから、ブラジル政府は等しく国民に対してARTを提供することとなった。

南アフリカにおいては、1997年に政府が医薬品の並行輸入等を認める改正薬事法を制定したことに對し、翌98年に大手製薬企業約40社が憲法違反であるとして裁判所に訴えを起こした。これに対し南アフリカの患者・感染者を中心とするNGOが国際NGOとも連携しつつ、製薬企業による訴訟は人命よりも経済的利益を優先する行き過ぎた行動である、として反対運動を展開した。国際的な不買運動にまで発展しかねない展開の下、最終的には製薬企業側が訴訟を取り下げることで決着した³。

³ 南アフリカの薬事法改正は、ブランド薬の並行輸入、調剤薬局における代替調剤(特許切れのブラン

(3) 国際社会の動向

HIV/AIDSは単に保健分野の問題にとどまらず、開発政策における幅広い分野に関連する問題である。エイズにより両親を失ったエイズ遺児の増加は、児童のケアと教育の問題をより深刻化させる。また、HIV感染予防の主要メニューであるコンドーム使用が、ジェンダー問題やリプロダクティブ・ヘルス/ライツの問題と深く関わることは言うまでもない。さらに、患者・感染者に対する就業上の差別等、職場におけるHIV/AIDSの問題は重要な労働問題であり、様々な影響による労働生産性の低下は、農業生産の低迷とも相俟って経済発展上の問題と食料安全保障上の問題を引き起こすこととなる。紛争地帯や難民キャンプ等においてHIV/AIDSの感染拡大はより深刻化することから、紛争・難民問題とも切り離すことはできない。また、注射薬物使用者における感染拡大対策も主要な政策メニューの一つであり、麻薬等の薬物対策とも一体で考える必要がある。

こうした認識の高まりと、開発政策における分野間連携、マルチ・セクター・アプローチの流れのなか、1996年にHIV/AIDS問題に関連する国連機関（WHO、UNICEF、UNESCO、ILO、UNHCR等）が共同し、UNAIDSが設立された。この後、UNAIDSによって感染拡大の状況やその影響に関するデータ、情報等が定期的に提供され、市民社会の参画と多様なパートナーシップの発展、資源投入の拡大等に向けた積極的なアドボカシー活動が展開されてゆくこととなる。

一方、1990年代前半までの「予防・啓発」、「ケア・サポート」、「VCT」を中心とするエイズ政策では感染拡大を阻止することができなかったWHOは、その後一時的にエイズ政策の最前線から後退することとなる。HIV/AIDSにフォーカスした特定プロジェクトは見られなくなり、1997年から1999年におけるエイズ対策支出はゼロであった。代わって無利息・中長期のエイズ対策ローン等で資金供給の主角となった世界銀行が目立つ存在となった(表2)。

ド薬が処方された場合、薬剤師が安価なジェネリック薬に切り替えることができる制度) 政府によるディスカウント購入等を定め、保健相に大きな裁量権を与えようとしたものである。法改正自体はエイズ対策を目的としたものではなく、政府の医療支出の削減が主たる目的であった。従って、製薬企業による訴訟取り下げ後も、政府サイドからは母子感染予防やART導入へ向けた動きは全く見られなかった。国民に対するARTの提供を政府が正式にコミットするまでには、患者・感染者自身による粘り強い運動がなお必要であった。

⁴ MAP (Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa) と言われるこのローンは、2001年9月に第1回・5億ドルがサブサハラ・アフリカの13カ国に提供された。続いて2002年2月にはさらに5億ドルが、他の12~15カ国に提供された。また、カリブ諸国向けの同様のローンが1億5000万ドル程度の規模で進められている。

表2 特定疾患に対する開発援助支出額（多国間・二国間）

（百万ドル）

	WHO	世界銀行	UNICEF	DFID(英)	USAID(米)	トータル
HIV/AIDS	0	145	25	7	17	287
マラリア	0	62	25	0	0	87
結核	0	58	17	1	0	81
ワクチン	0	17	104	110	5	251
トータル	0	504	322	209	209	1,743

（注）1997～1999年の年平均。

WHO、世界銀行、UNICEF、DFID、USAID等からのデータ提供に基づく。

特定疾患に紐付けされていないものは含まれない。

その他の国際機関、その他の疾病対策に対する支出もあるため、トータルは一致しない。

（出所）「マクロ経済と保健」委員会報告書Table 1より抜粋（WHO [2001a : 95]）

（４）ART拡大に向けた問題点

このように様々な動きがありながらも、「治療」の導入へ向けた胎動期とも言える1990年代後半であったが、途上国におけるARV供給拡大に対しては依然として様々な障害が立ちはだかつており、この問題は21世紀へと引き継がれることとなった。たとえば、ARVが高価となる背景の一つである国際的な医薬品特許の問題は、TRIPS協定⁵に基づく知的所有権保護と必須医薬品へのアクセスのあり方の問題として世界貿易機関（World Trade Organization : WTO）の主要議題の一つであった。医薬品特許の保護強化を求める意見と、必須医薬品については特許保護を緩和すべきであるとする意見が鋭く対立し、2001年11月のWTO理事会において「ドーハ宣言」が採択されるまで一定の着地点を見出だすことはできなかった。すなわち、「TRIPS協定は各国が公衆衛生を保護するための措置を採ることを妨げない」という「ドーハ宣言」により、途上国政府はTRIPS協定によって課されたARVの知的

⁵ 知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights）。知的所有権保護に関する基準の国際的な調和・統一化に関する協定であり、WTO協定の付属書の一つ。各国はWTO加盟後1年以内にTRIPS協定に基づく知的所有権保護の法規定を導入することが義務づけられた。なお、発展途上国に対しては一定の猶予期間が設けられており、発展途上国は2000年より（猶予期間5年）、物質特許の規定を有しない発展途上国は2005年より（猶予期間10年）、後発発展途上国は2011年より（猶予期間16年、ただし後にドーハ宣言により更に5年間、猶予期間を延長）、TRIPS協定の遵守義務が発生。

所有権の保護義務を留保し、自国内向けにジェネリック薬を製造することを妨げられない、ということが国際的に再確認された⁶。

「ドーハ宣言」以降も様々な問題が依然として多く残っており、ARV供給の全世界レベルでの拡大は困難を極めることに変わりはないが、それでもこれを契機に、途上国におけるART提供プログラムが活発化する様相を見せはじめた。先に述べたブラジル政府は、TRIPS協定による知的所有権保護義務のない旧タイプのARV⁷について、まずは自国内製造と国内供給を開始した。TRIPS協定上の知的所有権保護義務のあるARVについては、ドーハ宣言を背景に強制実施権の発動を示唆しながら、特許権者の製薬企業と値下げ交渉を行う、という戦略を採り、大幅な価格引き下げを実現した⁸。

しかしながら、特許料の支払いが不要なジェネリック薬であっても、原料調達や自国での製造コスト負担は決して軽いものではなく、特に後発発展途上国においては財政上の負担能力を超えるものである。また、そもそも医薬品製造能力の乏しい途上国も多く、製造を行うためには多額の新規設備投資や技術者の確保等も必要なことから、実務上のハードルは極めて高い。また、ART実施に際しては、医療機関の未整備、医師や看護師の不足、医薬品の物流体制の未整備、といった途上国の脆弱な医療提供体制を抜本的に拡充する必要もある。こうしたことから、事態はとも一國レベルで対応可能な範囲を超えており、国際的なプロジェクト遂行の枠組みと資金供給メカニズムの構築が必要であった。

⁶ 強制実施権は通常、先進国の特許法においても規定されている。その意味からも「ドーハ宣言」はこれを多国間レベルで再確認したに過ぎない、とも見ることができる。しかしながら、WTOの成立と同時に発効したTRIPS協定により、知的所有権保護のグローバル化について一定のコンセンサスが出来つつあったことを考えると、ドーハ宣言はやはり一つの画期をなすものと言えよう。

⁷ TRIPS協定は1995年以降に成立した医薬品の物質特許の保護を定めている（発展途上国に対する猶予期間については注5参照）。1995年以前に特許が成立している旧タイプのARV（ラミブジン、スタブジン等のヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤 NRTI）ならびにプロテアーゼ阻害剤の一種であるインジナビルが国内製造されている。一方、より新しく開発され、効果の高い新薬については、ブラジル政府は貴重な外貨を払って輸入し、プログラムに導入しているが、先進国で使われるARVに比べれば、種類、量とも不十分なものとなっている。

⁸ その他、アジア・アフリカをはじめとする各国でARVの供給が始動しつつあるが、各国政府も同様の対応であり、TRIPS協定の保護義務がない製品の生産、特許権者の製薬企業によるディスカウント供給や安価での製造ライセンス等が中心である。そうしたなか、ザンビア政府はイタリアの製薬企業に強制実施権を付与し、2005年初めにもARV多剤混合薬の国内向け製造を開始することを発表したと報じられている（“Pharco Granted License to Make ARVs Locally,” *Times of Zambia*, September 23, 2004）。ちなみにインドは、TRIPS協定に基づく医薬品特許の保護が2005年まで猶予されている。また、中国については、1993年の改正特許法により物質特許の保護を規定している。

第2節 2000年以降の多国間援助におけるエイズ政策の動向

2000年以降、WHOのエイズ政策はARTの導入へ向けたイニシアティブの策定・遂行と、財政面の手当てとしての資金供給メカニズムの構築という、二つの柱を中心に展開されてゆく。本節では最初にそうした政策の理論的基盤となった「マクロ経済と保健」委員会のレポートについて概観する。次に資金供給メカニズムである「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria: GFATM) について、最後にART拡大政策である「3×5」イニシアティブについて述べる。

1. WHO「マクロ経済と保健」委員会⁹

1990年代後半に一時その活動を後退させたWHOであったが、2000年に入って再び活動を活発化させることとなった。2000年1月に当時のブルントラント事務局長をトップとする「マクロ経済と保健」委員会が設立された。この委員会の最大の目的は、保健分野に資金を投入することにより経済成長率を高めることが可能であり、その投資効果は費用を上回る、ということを示すことにあった。HIV/AIDS、マラリア、結核等の感染症対策をはじめ、ワクチン接種、乳幼児医療、周産期医療といった保健分野全般を分析対象とするものであったが、なかでも新興感染症であるエイズ対策にフォーカスされたものであった¹⁰。HIV/AIDS関連としては、「ART」、「予防・啓発」、「ケア・サポート」、「VCT」等の包括的な対策を実施した場合の想定されるコストと、その投資効果としての経済成長への寄与が83の途上国ごとに検証された(表3)。時間軸を2007年、2015年の2段階に区切り、具体的な対策の実施項目と達成されるべき数値目標を定め、そのために必要なコストが積算されている(表4～6)。たとえば、ARTについては、2007年までに治療が必要な患者・感染者の45%、2015年までには65%がARTを受けられるようにすることが想定された。

一方、財政面の手当てとしては、まずは各国政府自身が保健分野に対する予算配分を拡大することが提唱され、2007年までにGNP対比でプラス1%、2015年まで

⁹ 本項の内容は主にWHO [2001] に基づいている。

¹⁰ 2007年までに必要と見込まれる追加的な対策コスト260億ドルのうち、HIV/AIDS関連53.8%、乳幼児・周産期医療関連34.6%、結核・マラリア関連11.5%という内訳となっている。

表3 「マクロ経済と保健」委員会における分析対象国一覧

サブサハラ・アフリカ (Low Income)	アンゴラ、ベナン、ブルキナファソ、ブルンジ、カメルーン、中央アフリカ共和国、チャド、コモロ諸島、コンゴ、コートジボアール、コンゴ民主共和国、エリトリア、エチオピア、ガンビア、ガーナ、ギニア、ギニア・ビサウ、ケニア、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ニジェール、ナイジェリア、ルワンダ、セネガル、シエラレオネ、ソマリア、スーダン、トーゴ、ウガンダ、タンザニア、イエメン、ザンビア、ジンバブウェ
サブサハラ・アフリカ (Middle Income)	ボツワナ、カーボベルデ、ジブチ、赤道ギニア、ガボン、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、シリア
東アジア・太平洋	カンボジア、中国（香港・マカオを除く）、北朝鮮、インドネシア、ラオス、モンゴル、ミャンマー、パプアニューギニア、フィリピン、サモア、ソロモン諸島、パヌアツ、ベトナム
南アジア	アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、モルジブ、ネパール、パキスタン
東欧・中央アジア	アルバニア、アルメニア、アゼルバイジャン、グルジア、キルギスタン、モルドバ、タジキスタン、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン
中南米	ボリビア、キューバ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ニカラグア

(注) サブサハラ・アフリカ諸国には一部、中東諸国も含む(シリア、イエメン)。

(出所) 「マクロ経済と保健」委員会報告書Table A2.C (WHO [2001a : 174])。

にはさらに1%増加させることが前提とされた。途上国のなかにはそうした目標が達成されれば必要な資金手当てが可能な国もあるが、多くの後発発展途上国では自らの努力のみでは資金不足を解消することは不可能であった。このため、途上国における保健予算の拡大が仮に実現したとしても、最貧国において2007年までに143億ドル、2015年までに208億ドルの資金不足が生じることが予想されている。ちなみにHIV/AIDS関連の対策に必要なと見込まれる追加的コストの総額は2007年までに140億ドル、ARTのみでも50億ドルとなっている。

「マクロ経済と保健」委員会の報告書は2001年12月に提出されたが、これを机上の論理に基づくシミュレーションに過ぎないと見なすことは適切ではなからう。もちろん、コスト積算や所要資金額等是一个の目安に過ぎないことは確かである。しかしながら注目すべきは、各国の実情を踏まえた上で、各種の対策を実施するため

表4 HIV/AIDS対策メニュー

予 防	若年層対策
	セックスワーカーとその顧客に対する対策
	コンドームのソーシャルマーケティングと供給
	職場における対策
	輸血システムの強化
	VCT
	母子感染予防
	マスメディア・キャンペーン
	性感染症治療
ケ ア	緩和ケア
	日和見感染治療
	日和見感染予防
	家庭におけるケア
治 療	ARTの提供

(出所)「マクロ経済と保健」委員会報告書Table A2 A (WHO [2001a : 172]) より抜粋。

表5 HIV/AIDS対策のカバレッジ目標

	2002年	2007年	2015年
予 防			
ヘルスセクター外	10～20%未満	70%	80%
ヘルスセクター内	10%未満	40%	70%
日和見感染症のケア	6～10%未満	40%	70%
ART	1%未満	45%	65%

(出所)「マクロ経済と保健」委員会報告書Table A2 A (WHO [2001a : 172]) より抜粋。

のコスト積算がそれぞれの国ごとに行われていることである。従ってこれは、WHOが途上国政府と協力してエイズ政策を遂行してゆく上での基礎調査でもある。実際にこの後にWHO主導の下で展開されていく、資金負担メカニズムとしてのGFATMの設立、ARTの拡大実施プロジェクトとしての「3×5」イニシアティブといった諸政策の原型をここに垣間見ることができる。

表6 対策実施による追加的費用増

(億ドル)

	2007年	2015年
HIV	140	220
予 防	60	80
ケ ア	30	60
ART	50	80
結核(治療)	5	10
マラリア	25	40
予 防	20	30
治 療	5	10
そ の 他	90	170
合 計	260	460

(注) 四捨五入の関係で一部トータルがあわない。

(出所)「マクロ経済と保健」委員会報告書Table A2 2 (WHO [2001a : 612]) より抜粋。

2. 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (GFATM)

(1) 設立に至る経緯

GFATMは感染症のなかでも特に世界的に深刻な影響を及ぼしているHIV/AIDS、結核、マラリアの対策に資金を供給するために設立された基金である。設立に至る流れは、2000年1月の国連安全保障理事会にまで遡ることができるであろう。奇しくもWHO「マクロ経済と保健」委員会設立と時を同じくして開催されたこの安保理において、HIV/AIDSの問題が国家の安全保障上の議題として討議された。半年後の2000年7月のG8九州・沖縄サミットにおいては、日本政府の主導の下、「沖縄感染症対策イニシアティブ」(Infectious Diseases Initiative: IDI)が採択され、HIV/AIDSをはじめとする感染症対策を強化してゆくことと同時に、感染症対策グローバルファンド構想が提唱された。続く2000年9月の国連ミレニアムサミットで採択された「ミレニアム開発目標」のなかでは、他の開発目標と並んで、2015年までにHIV/AIDSをはじめとする感染症の拡大を阻止し減少へ転じさせることが目標として掲げられた。

2001年4月にはアフリカ統一機構 (Organization of African Unity: OAU) エイ

ズ感染症サミットがナイジェリアの首都アブジャで開催され、この席で国連のアナン事務総長は、感染症対策により多くの資金を投入することを世界の指導者に求め、そのためのグローバルファンドの設立、アフリカ諸国の保健予算の増大を説いた。2001年6月には国連エイズ特別総会が開催され、エイズ対策の緊急性と重要性を改めて認識すると同時に、先のグローバルファンド構想に関するコンセンサスが再確認された。続く7月のG8ジェノバ・サミットにおいては、G8各国がグローバルファンドに対する総額13億ドルの資金拠出について合意。その後わずか半年の準備期間を経て、2002年1月、GFATMが設立されるに至った。

(2) 組織概要

GFATMはWHOと世界銀行のサポートの下に運営されているが¹¹、組織自体は国連機関ではなく、スイス国内法に基づきジュネーブを本部として設立された独立機関である。最高意思決定機関である理事会は政府セクター（先進国・途上国）、市民セクター（NGO、患者・感染者等）、民間セクター（民間基金・企業等）の三者のパートナーシップにより構成されており、それぞれが投票権を有している。理事長は米国の保健省長官であるトミー・トンプソン氏が務めており（2004年11月現在）我が国も投票権を有する理事を送り出している（表7）。理事会の下には実務を執行する事務局（Secretariat）と、個別のテーマを扱う6つの委員会（Committee）が設置されている。6つの委員会は組織のあり方、予算・評価・監査、申請・審査・案件マネジメント、資金調達、利益相反・法制面などといった個別テーマについて専門的な討議を行う。討議事項は報告・提言等として理事会に諮られ、議決を要する事項については理事による投票をもって意思決定がなされる。各委員会の議長、副議長、委員等は、理事会代表団（各国政府、NGO、民間基金等）のなかから選出されている（表8）。

(3) 案件プロセス

各国ごとに「国別調整機関」（Country Coordinating Mechanism : CCM）が設置され、基本的にはそれぞれの国における案件申請の窓口となっている。CCMは政府、国際援助機関（多国間・二国間）、市民・民間セクター（NGO、患者・感染者、宗教界、民間基金等）といった幅広いステークホルダーが参加して組織されること

¹¹ 事務運営の一部をWHOが、基金の管理を世界銀行がそれぞれ受託している。

表7 GFATM理事会構成

地位	選出母体	セクター	代表する国など
理事長・副理事長	理事長	投票権を有する理事および理事代理により、投票権を有する理事の中から選出。	第9回理事会（2004年11月）現在、アメリカ合衆国の理事が在任。
	副理事長		第9回理事会現在、先進国NGOの理事が在任。
投票権を有する理事	資金拠出国：7議席	カナダ・英国・スイス	第9回理事会現在、理事はカナダ。
		フランス・ドイツ・ルクセンブルグ・スペイン	第9回理事会現在、理事はフランス。
		イタリア	
		日本	
		アメリカ合衆国	
		ポイント7（スウェーデン、ノルウェー、オランダ、デンマーク、アイルランド）	第9回理事会現在、理事はスウェーデン。
		欧州委員会・オーストリア・ベルギー	第9回理事会現在、理事は欧州委員会。
	開発途上国：7議席。 WHOの地域区分に従って1名ずつ選出した上、アフリカから1名の代表を加える。	東ヨーロッパ	東欧・旧ソ連圏を指す。第9回理事会現在、理事はルーマニア。
		東地中海	中東・北アフリカ地域を指す。第9回理事会現在、理事はパキスタン。
		東部・南部アフリカ	第9回理事会現在、理事は南アフリカ共和国。
		ラテンアメリカ・カリブ海	第9回理事会現在、理事はバルバドス。
		東南アジア	南・東南アジア諸国のうちインド洋沿岸諸国および北朝鮮を指す。第9回理事会現在、理事はインド。
		西・中央アフリカ	第9回理事会現在、理事はカメルーン。
西太平洋		東南アジア諸国のうち太平洋沿岸諸国および東アジア諸国を指す。第9回理事会現在、理事は中華人民共和国。	
市民社会・民間セクター：5議席	先進国NGO		
	開発途上国NGO		
	HIV/AIDSと共に生きる人々、結核・マラリアと共に生きるコミュニティの代表者		
	民間セクター	エイズ・マラリア・結核等に関連する民間企業など、民間営利セクターの代表者。	
	民間財団	民間非営利財団の代表者。	
投票権を有しない理事	関連国際機関	UNAIDS	
		WHO	
	資産管理団体	世界銀行	
スイス法に基づく財団であることにより理事会に必要なスイス市民の代表者	スイス市民		

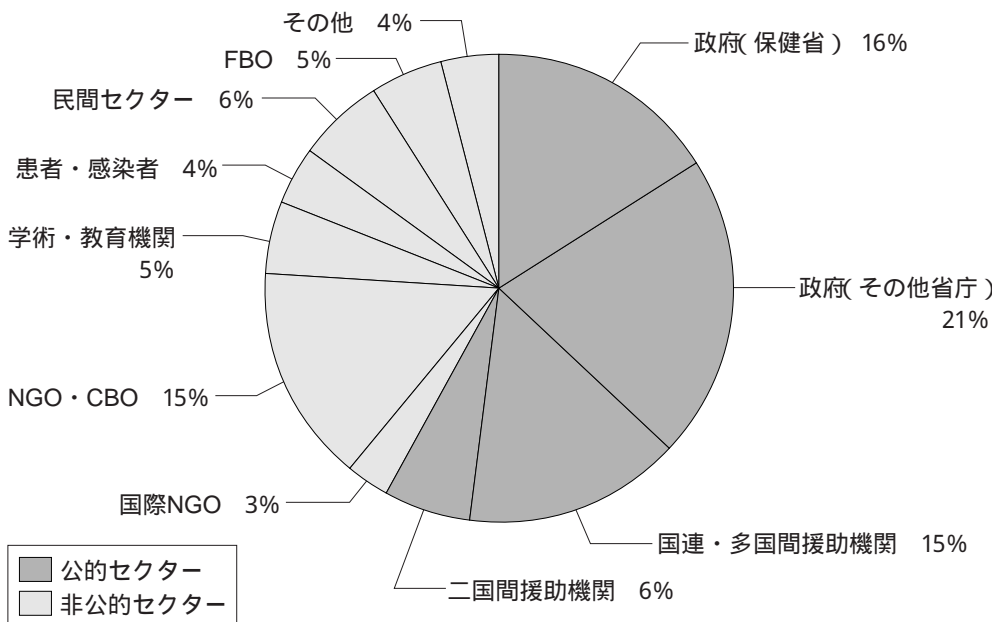
(出所) GFATMホームページ (<http://www.theglobalfund.org/>) より筆者作成。

表 8 委員会の構成

委 員 会	議 長	セクター	副 議 長	セクター
Ethics Committee	Dr. Helene Rossert-Blavier	先進国 NGO		
Governance and Partnership Committee	Mr. Pasqualino Procacci	伊・政府	Dr. Dana Farcasanu	東欧・ 政府
Monitoring, Evaluation, Finance & Audit Committee	Ms. Sigrun Mogedal	P7・政府	Ms. Rita Arauz Molina	途上国 NGO
Portfolio Management and Procurement Committee	Prof. Francis Omaswa	東南アフリカ 政府	Dr. Kate Taylor	民間
Resource Mobilization and Communication Committee	Stuart Flavell	患者・感染者 NGO	Flavio Lovisolo	伊・ 政府
Steering Committee For The Partnership Forum	Dr. Helene Gayle	民間		

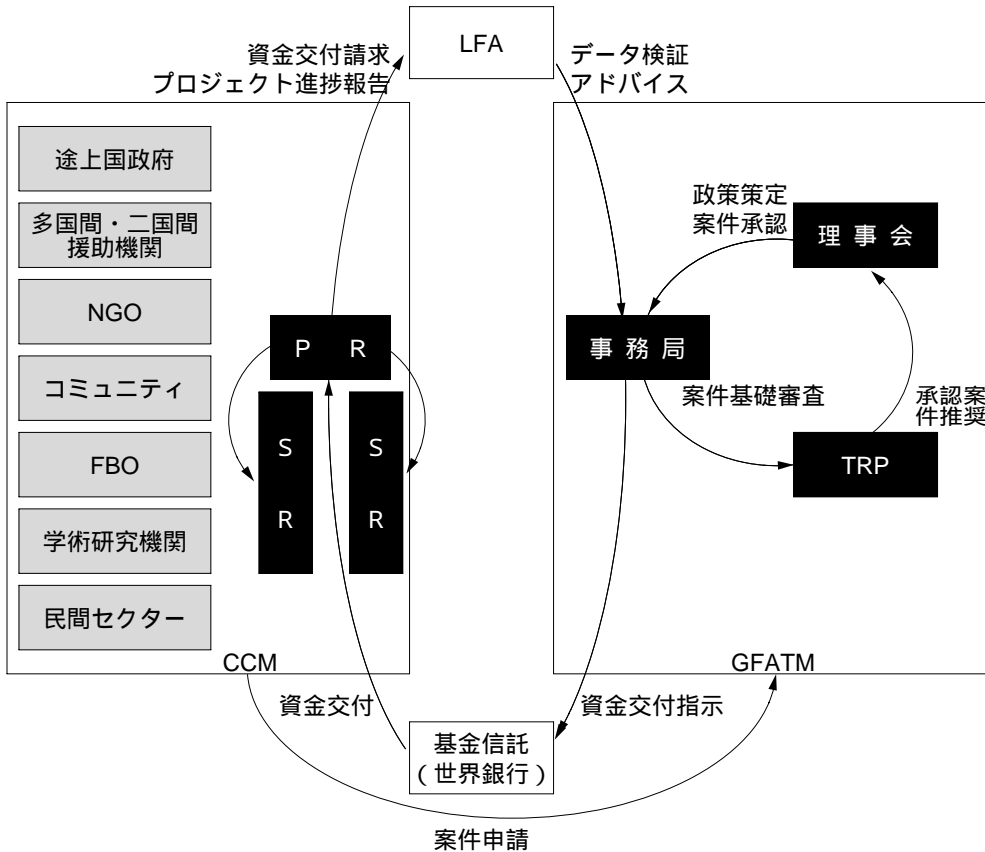
(出所) GFATMホームページより筆者作成。

図 3 CCMのメンバー構成



(出所) GFATM [2004a]

図4 資金交付フロー



(出所) GFATM [2004a]

が推奨されている（CCMのメンバー構成については図3を参照）。我が国の国際協力機構（JICA）もアジアを中心とするCCMにメンバーとして参加している¹²。多くのケースでは政府の国家エイズ対策委員会といった組織と連携する形で設置され、国内における公的・私的プロジェクト間の調整が行われる。ただし、様々な状況によりCCMの活用が困難な場合には、NGOや地方政府等がCCMを介さず、直接GFATMへ案件申請を行う道も開かれている。

それぞれの案件については、技術的な妥当性、コスト積算の精査等の審査が行わ

¹² メンバー構成が開示されている43のCCMの内、アジア5カ国（アフガニスタン、ブータン、カンボジア、フィリピン、ベトナム）、アフリカ1カ国（ケニア）のCCMにJICAのスタッフが参加している（詳細はGFATMホームページ <http://www.theglobalfund.org/en/files/CCMMemberships.xls> 参照）。

表9 案件承認状況

(百万ドル)

		承認案件			契約締結			資金支出		
		国数	案件数	金額	国数	案件数	金額	国数	案件数	金額
2002年	Round 1	36	55	557	36	53	545	36	53	286
2003年	Round 2	73	98	856	67	89	755	65	84	245
	Round 3	65	72	638	53	58	538	24	36	97
2004年	Round 4	65	72	1,039	1	1	1	0	0	0
合計		128	297	3,090	119	201	1,839	98	173	628

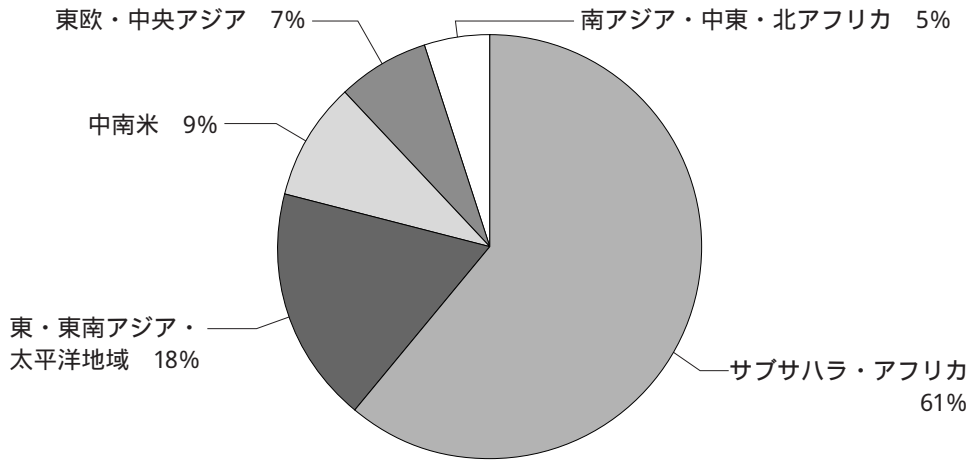
(出所) GFATMホームページより。

れる。審査は独立性と透明性確保の観点から、理事会・事務局とは別の独立機関として設置されている技術審査パネル（Technical Review Panel：TRP）において実施されている。TRPでは(1)承認可能な案件、(2)一部を修正すれば承認可能な案件、(3)申請の再提出が必要な案件、(4)承認が不適切な案件、にカテゴリー分けが行われ、理事会に報告される。最終的な承認の可否は理事会において決定される。理事会での案件承認後、申請者との間で契約締結が行われ、実際の資金供給へと進んでゆく。通常、最大5年のプロジェクトとして申請が行われ、当初2年分の資金供給について承認が与えられる。3～5年目については、一旦、プロジェクトの実施状況や効果測定等のレビューが行われた後、資金供給の継続の可否が判断される¹³。

プロジェクトのスケジュールに基づき、CCM等の申請主体は各国ごとに設置された現地監査機関（Local Fund Agency：LFA）を通じて資金請求を行う。LFAは国際会計監査法人等に運営が委託されており、請求金額の積算根拠、資金使途実績の妥当性等についてチェックを行う。交付された資金は資金受入責任機関（Primary Recipient：PR、主にCCM）が代表して一旦受け取り、その後、その他の資金受入機関（Sub Recipient：SR）がある場合は、PRより資金交付が行われる（図4）。基本的に3カ月に1回の資金交付が想定されている。

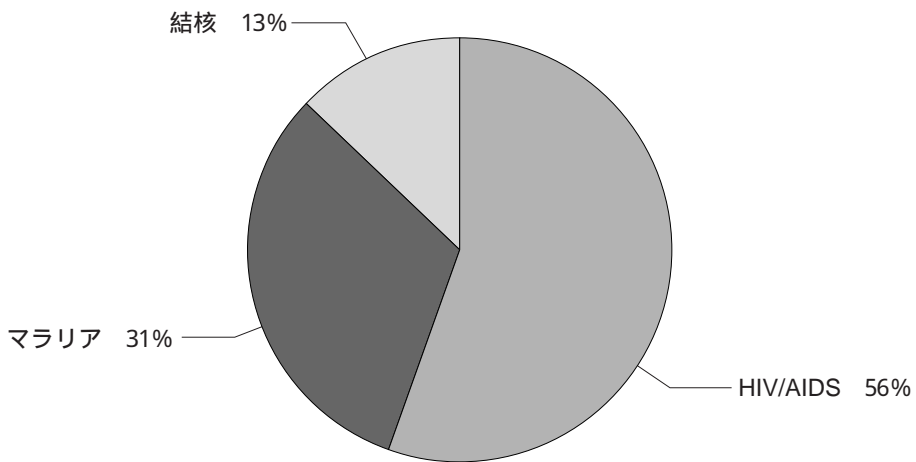
¹³ ラウンド1に対する実際の資金供給は2003年から始まっていることから、2005年以降、3～5年目に対する資金供給の可否が順次審査されていくこととなる。従って、2005年以降も新規の案件募集を行った場合、新規案件と継続案件が同時並行することとなり、それだけGFATMが必要とする資金量は拡大する。

図5 承認案件内訳（地域別）



（出所）GFATM [2004a]

図6 承認案件内訳（疾病別）



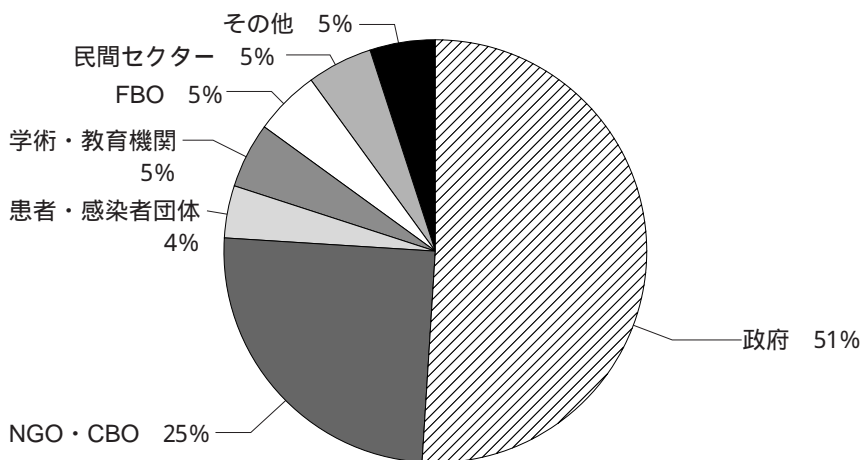
（出所）GFATM [2004a]

（4）案件承認・資金交付実績

現在までに4回の案件承認（ラウンド1～4）が行われており、128カ国、297の案件に対し、総額30億9000万ドルが承認されている¹⁴。2004年10月15日現在の実際の資金支出額は6億2800万ドルとなっている（表9）。地域別ではサブサハラ・ア

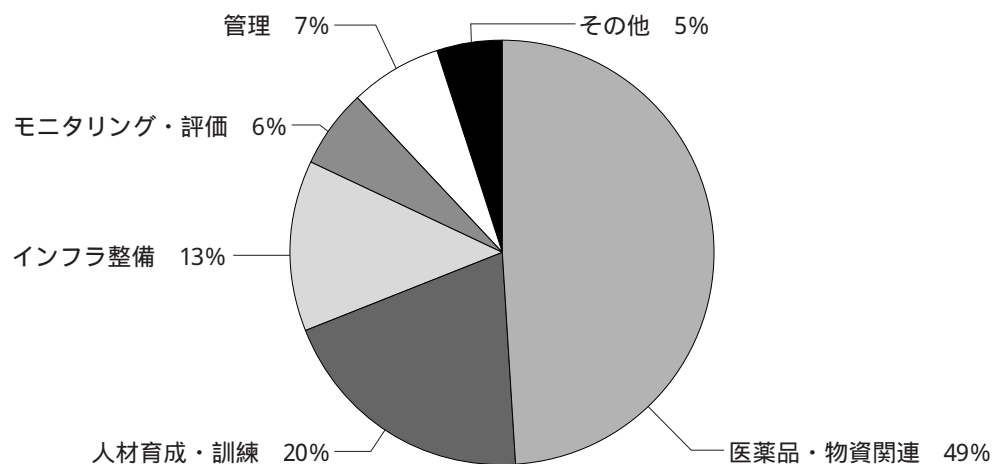
¹⁴ 当初2年分の資金承認額。トータル5年での総額は81億5200万ドルに上る。

図7 承認案件内訳（資金受給者別）



（出所）GFATM [2004a]

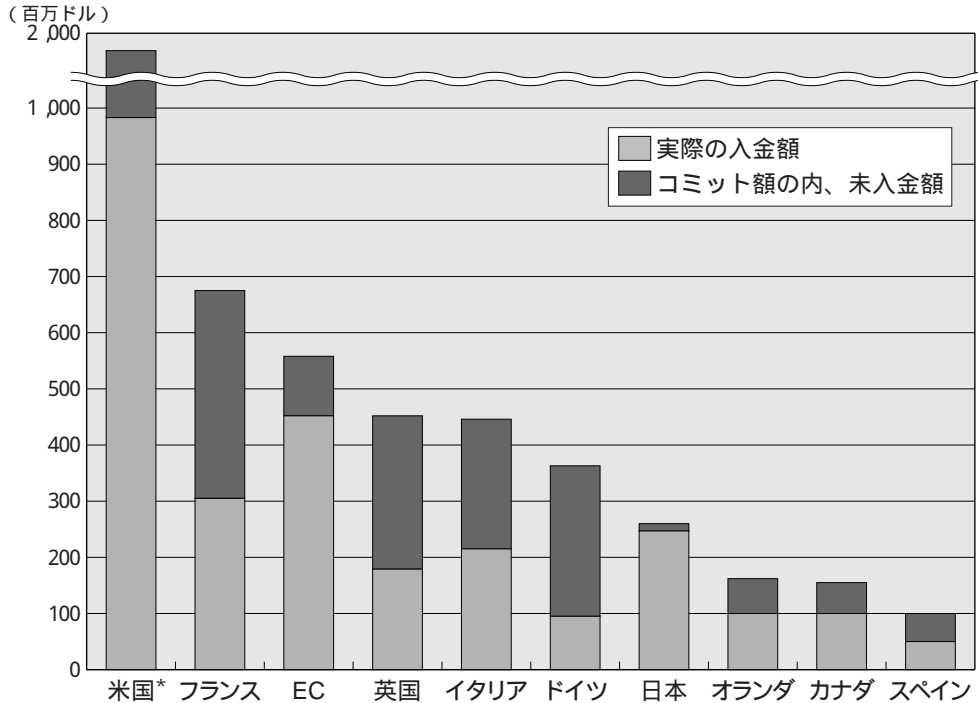
図8 承認案件内訳（資金使途別）



（出所）GFATM [2004a]

フリカに対する資金供給が61%と最も多く、次いで東・東南アジア・太平洋地域18%等となっている。疾病別ではHIV/AIDS関連が56%と最も比率が高く、次いでマラリアが31%、結核が13%である。資金使途としては医薬品・物資関連が49%とほぼ半分を占め、人材育成・訓練に20%、インフラ整備に13%等となっている。資金受給者としては政府セクターが51%と最も多いが、NGOやコミュニティを基盤とし

図9 主要国の資金拠出状況



(注) 2004年10月現在の、2001年から2008年までのコミットメントの総額。支出予定時期が未定のものも含む。

(出所) GFATMホームページより筆者作成。

た組織 (Community Based Organization: CBO) も25%を占める (図5～8)。

資金使途別の内訳からも窺える通り、GFATMはこれまで財政的な制約から実施が困難であったARTの本格的な導入を強く意識した基金である。従って、後述するWHOの「3×5」イニシアティブと強い関連性を持つものである。また、3つの感染症のなかでも特に、サブサハラ・アフリカ地域におけるHIV/AIDSの感染拡大が深刻であることを考えれば、地域別・疾病別の内訳は自然な成り行きと言えよう。

(5) 資金調達

先進国を中心に2004年までにおよそ35億ドルの資金拠出がコミットされており、すでに31億8300万ドルが実際にGFATMへ入金されている (2004年10月11日現在、以下同様)。最大の資金提供者は米国政府であり、2008年までのトータルで19億6900万ドルの提供を申し出ている。入金ベースでも9億8300万ドルに達し、総入金額の

表10 主要資金拠出国の年次別資金拠出状況（2004年10月現在）

（百万ドル）

	コミット額	~02年	03年	04年	05年	06年	07年	08年
米 国	1,969	300	323	547	200	200	200	200
フランス	675	59	62	185	185	185		
EC	558	137	50	264	53	53		
英 国	452	78	40	60	88	93	93	
イタリア	446	100	100	123	123			
ド イ ツ	363	12	37	46	89	89	91	
日 本	265	80	85	100				
オランダ	162	8	44	54	57			
カナダ	155	25	25	50	55			
スペイン	100		35	15	25	25		

（出所）GFATMホームページより筆者作成。

約30%を占めている¹⁵。わが国も2億6500万ドルの拠出を申し出ており、第7番目のコミットメントとなっている。実際の入金ベースでは、2億4700万ドルとほぼ全額がすでに入金済みとなっており、入金ベースでは第4番目の貢献である（図9、表10）。

実際に世界全体でどれだけの資金が必要なのか、そのうちの程度をGFATMが担うべきなのか、ということについては、様々な考え方があり意見が分かれるところである。総所要額については前出のWHO「マクロ経済と保健」委員会の試算を参考にするならば、最貧国におけるトータル資金ギャップが143億ドル、HIV/AIDS、結核、マラリア関連がコスト積算総額の約65%を占めるので、約100億ドルの資金を世界から集める必要がある、ということになる。もちろんWHOの試算を絶対視するものではないが、多数の専門家を投入し2年の歳月を掛けて導き出された研究結果は尊重されてしかるべきであろう。実際、GFATM設立の過程において主導的な役割を果たした国連のアナン事務総長等からも、年間100億ドルの資金が必要

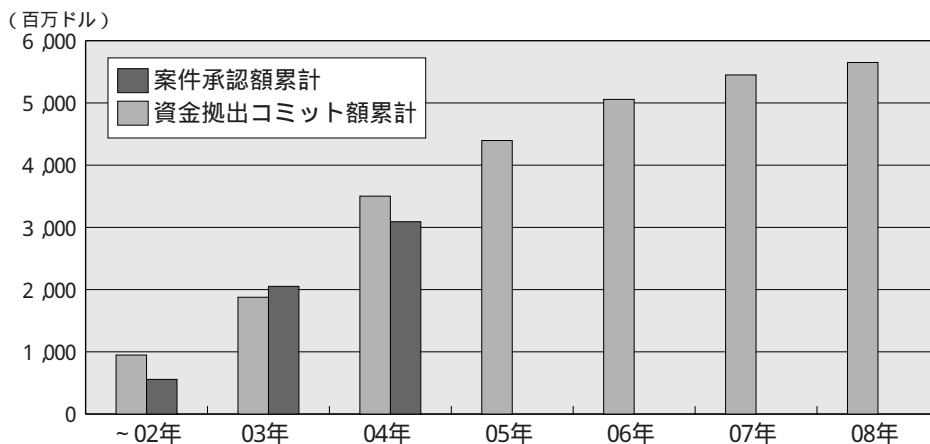
¹⁵ 米国のGFATMに対する資金拠出は「大統領エイズ救済緊急計画」(PEPFAR、後述)の一部であり、議会を通過した根拠法(ブッシュ大統領のHIV/AIDSイニシアティブとHIV/AIDS・結核・マラリア対策における米国のリーダーシップに関する法律 2003)のなかで「GFATMへの拠出総額の3分の1を超えないこと」という条件が付けられている。これは米国が世界におけるGDPの約3分の1を占めることに由来している。

であるというような数字が示唆されており、こうした試算を念頭においたものであったと思われる。

対策に必要な資金を、誰が、どのように集め、どのようなルートで配分してゆくか、ということについては、後に述べる二国間援助との関係で考えなければならない。先進各国においては二国間援助を外交戦略上の重要ツールと位置づける流れもあり、資金負担とプロジェクトの実施主体の問題は極めて政治的な側面を孕むものである。誰がどの程度のシェアを占めるべきか、といったことについて絶対的に正しい理屈があるわけではなく、実際に政策が遂行されてゆくなかでコンセンサスを形成してゆくしかないであろう¹⁶。

実際、GFATMにおける案件申請と承認を資金調達との関連で見ると、この基金の立場の難しさを垣間見ることが出来る。案件募集・審査の手続きに定められた通り、TRPの審査を経て承認可能と認められた案件を理事会において承認していることはもちろんであるが、資金調達実績の範囲内で可能な限りの案件に承認を与えている側面も否定できない¹⁷(図10)。GFATMが資金供給メカニズムの中心的存在として位置づけられるためには、案件の申請・承認実績を積み上げ、GFATM

図10 資金拠出と案件承認の推移



(出所) GFATMホームページより筆者作成。

¹⁶ 「マクロ経済と保健」委員会のレポートのなかでは、2007年までに必要と見込まれる総額220億ドルのうち、80億ドルをGFATMが担うことが提言されている(WHO [2001a]: Executive Summary , 13)。

¹⁷ 基金の安定性、継続性の観点から、案件承認額は当該年度の資金調達額を上限とすることを、GFATMは自らの内規でも定めている。ただし、ラウンド3については、次年度分の調達資金を若干先借りする形で一部柔軟な規定の運用が図られた。

に対する世界的なニーズが高いことを示す必要がある。しかしながら、それに対する資金調達はもちろん容易でなく、集まった申請案件の承認に対する強い制約要因となる。他方では、申請案件数と承認案件数のギャップがあまりに大きいと、GFATMは今後も十分な資金を集められないのではないかと、という自身の安定性・継続性に対する不安感が生じ、案件申請が活発化しない、という側面もある。GFATMとしては様々な問題を内包しながらも、世界のHIV/AIDS・結核・マラリア対策における自らの位置づけ、案件募集と資金調達、基金の安定性・継続性といった要素を考慮しつつ、慎重で微妙、かつ、粘り強い舵取りをしていかなければならない、というのが現状である。

3. 「3×5」イニシアティブ¹⁸

(1) 「3×5」イニシアティブとは

WHOが掲げる「3×5」とは“3 million by 2005”すなわち、「2005年までに300万人にARTを提供する」という政策目標である。先の「マクロ経済と保健」委員会では、2007年までに治療の必要な患者・感染者の45%にARTを提供すると想定されていた。現状、治療が必要な患者・感染者数は約600万人とされていることから、3×5は当初の想定をさらに拡大し、かつ、前倒ししたものと言える。3×5は、2002年1月のGFATM設立以降、2002年7月のバルセロナ国際エイズ会議の前後から提唱されはじめた。ブルントラント氏に代わって2003年7月に新たに就任したリー・ジョン・ウォクWHO事務局長も3×5の推進を強く打ち出し、同年12月の世界エイズ・デーにおいて「3×5グローバルプラン」としてその詳細が発表された。この目標を達成するためには、2005年までに最低55億ドルが必要とされており、GFATM経由での資金調達を軸に多様な開発パートナーとの連携による資源動員を目指すこととされている。

WHO本部内には本部、地域、各国事務所間の戦略策定・実行を統括する「HIV/AIDS・結核・マラリア局」が設置されていたが、イニシアティブ実施に先立ち、その局内のHIV/AIDS課に3×5専門チームが新設された。3×5実施に向けた主要項目を検討すべく、10のワーキンググループ（国別サポート、パートナーシップ、コミュニティの参加、治療開始拠点、治療ガイドライン、予防の強化、モニタリング・評価・監視、能力向上、オペレーション、医薬品と検査）が設置され、ART

¹⁸ 本項の内容は主にWHO [2003] に基づいている。

実施の拡大と保健医療システムの強化に向けてWHOの専門性を動員してゆくこととなった。

実施にあたってはWHOが途上国政府とのパートナーシップの下、政策策定に向けた緊急対策チームを派遣する等の様々なサポートを行うこととなっている。2003年12月現在、ART拡大に向けた問題点と援助のポイントを個別に調査・検討する緊急対策チームは6カ国に派遣され、さらに15カ国への派遣が検討されている。緊急対策チームは中長期的にも、ART拡大に関するサポートを継続することが想定されている。その一方で、ややもすると教条主義的になりがちとの批判もこれまでにあったことに配慮し、途上国自身のオーナーシップを強調するとともに各国政府を政策実施主体と位置づけることが明確に打ち出されている。

(2) 概要

3×5は、先に述べたART拡大における問題点も踏まえ、5つのカテゴリーにおける14の主要戦略より構成されている。5つのカテゴリーとは、第一にグローバルなリーダーシップ・連携・アドボカシーである。何よりもWHO自身が明確なコミットメントを表明し、大幅な資源投入を行い、積極的にリーダーシップを発揮してゆくことが謳われている。3×5を広範な開発援助の文脈上に位置づけ、特に感染拡大の著しい国々におけるART拡大をサポートしてゆくためのアドボカシー活動を実施してゆくこと、多様な開発パートナーや民間セクターとの連携を強めてゆくこととされている。

第二には短期並びに中長期的な国別サポートである。各国レベルでの3×5目標の達成に向け、実施計画の策定と予算措置といった国家のコミットメントを確立すること、長期的に持続可能なプロジェクトとするための資金供給ルートを確保すること、保健医療システムを刷新・強化し、ARTの拡大実施能力を高めること、そのための人材育成を行ってゆくこと、等の支援が挙げられている。具体的には、各医療機関レベルにおける治療実施ガイドラインの提供、病院・検査センター・薬局・ITシステムを含むインフラ整備の支援、人材育成パッケージの開発等を行い、各国政府の政策遂行をサポートしてゆく。同時に、ヴァルネラブル・グループを含むコミュニティの能力開発を進め、アドボカシー活動の活性化を図るとともに、コミュニティを基盤とするアプローチ（公的医療セクターと連携しつつアドヒアランスを形成する取り組み等）に対する支援も行う。

第三には、簡潔かつ標準化されたART実施ツールの開発と提供である。認容性

が高く早期に拡大実施が可能なARTガイドラインを策定すると同時に、VCTの実施、ARTが必要な患者・感染者の認定（結核や性感染症の治療機関、母子感染予防機関、注射薬物使用者施設等において）ARTの効果測定、アドヒアランスの向上、薬剤耐性ウイルス発生のモニタリングといった、関連する活動についても包括的にガイドラインを策定し提供することとされている。

第四に、効率的かつ信頼性の高い医薬品と検査機器・試薬の供給である。エイズ医薬品・検査サービス（AIDS Medicines and Diagnostics Service : AMDS）という購買者のネットワーキング組織を構築し、ウェブサイトを立てて平均価格、需要予測、購買・在庫の状況、品質の事前評価、製造企業、承認申請状況、特許状況といった製品関連情報を提供する。こうした仕組みを通じて医薬品や検査機器・試薬等の価格引き下げを図ると同時に、技術面や運営面でのサポートサービスも提供することにより、各国の政策担当者が主要品目を調達するにあたっての障壁を取り除くよう支援してゆく。

最後に新しい知見や成功事例の発掘と共有である。他国や他の疾患における成功事例をまとめ、南南協力も推進する。進行中のARTプログラムに関する費用対効果、予防・行動変容・差別・スティグマ等への影響、薬剤耐性ウイルス発生の評価等の分析を通じて、継続的な経験の蓄積と業務改善を図ってゆくこととされている。

（3）今後の展望

このように、3×5はARTの拡大実施に向けた網羅的・包括的な政策パッケージであるが、その実現可能性については様々な見方が出来よう。2003年現在で途上国においてARTを受けている患者・感染者数は40万人程度にとどまっていると見られることを考えると、3×5は非常に野心的な目標である。まだ立ち上げ段階でもあり、その成否について評価するには時期尚早であるが、WHOの計画では2004年12月時点でART提供を70万人にまで引き上げることを目標としており、この達成が当面のメルクマールとなろう。その後、2005年6月までに160万人、同年12月までに300万人というスケジューリングであり、3×5目標の達成は、2005年における急速な拡大の成否に懸かっている（表11）。

ただし、実際には課題が山積している。途上国政府を実施主体に据えるといっても、国によって状況は千差万別である。中央政府の政策が確実に地方政府や末端の農村部等にまで行き渡るケースもあろうが、むしろ中央政府の行政遂行能力が弱く、地方部にまで政策を円滑に浸透させられないケースが多いように思われる。また、

表11 3×5目標達成スケジュール

(万人)

	2003年12月	2004年6月	2004年12月	2005年6月	2005年12月
ARTを受ける患者・感染者数	40	50	70	160	300

(出所) WHO [2003 : Annex 2]

中央・州・地方の行政組織と段階を経るごとにコストが嵩み、本当に援助が必要な末端部には届かない、というような事態も懸念される。WHOのリーダーシップのもと、3×5に基づく政策が各国において策定されてゆくところではあるが、それが本当に実効性を伴ったものとなるのか、それとも形だけのものに終わってしまうのか、今後の実績が問われてゆくこととなる。現場の政策レベルでは実際にどのような状況が生じているのか、そうした個別国の実態については、後章の国別ケーススタディにおいてその一端を垣間見ることができるであろう。

先にも述べたように、そもそも途上国においては様々な医療インフラが決定的に不足しており、ARTを実施できる医師や看護師等の医療従事者の数も全く足りない。このような状況で無闇にARTを拡大しようとしても、使われない医薬品が山積みとなるか、不十分なモニタリングから薬剤耐性ウイルスが発生して深刻な事態を引き起こすのではないかと、という懸念もある。また、アフリカ諸国のなかでも人材の奪い合いが起こっており、ARTの拡大で先行する一部の相対的に富裕な国に近隣諸国から医師や看護師の流入が起こり、流出国側の医療事情を一層悪化させる、という事態も見受けられる。さらに、エイズ対策に大量の資金が流入することにより、他の開発分野から人材の流出が発生し、分野間連携といいつつも逆に他の分野にマイナスの影響を与えるような状況も生じている。

さらには、多国間援助機関、二国間援助機関、国際NGO等の様々な主体がそれぞれにART拡大プロジェクトを実施しようとしており、その調整が不十分なことから資源の有効活用が図られていない、という問題もある。たとえばそれぞれの援助機関がそれぞれの評価・モニタリング制度を課しており、途上国政府は複数の援助機関に対して個別に評価報告をしなければならない、といった具合である。これについては2004年4月にUNAIDS、英国、米国の間でいわゆる「スリー・ワンズ」(3 Ones)の合意がなされ、調和が図られることとなった。具体的には、全ての開発パートナーにとっての協調のベースとなる「一つのHIV/AIDSアクション・フレームワーク」、多分野にわたる権限を有する「一つの国家エイズ調整機関」、そして

「国レベルにおける一つのモニタリングと評価システム」である。今後はこのスリー・ワズ原則に基づいて、共通の基準の下にプロジェクト協調が図られてゆくこととなろう。

このように3×5イニシアティブは課題山積であり、その目標達成に対して悲観的な意見も聞かれる。しかしながら、この目標を如何に達成し次なるステップに進んでゆくのか、という思考こそがむしろ必要である。HIV/AIDSの感染拡大に対して世界はいかに立ち向かってゆくのか、という問題に正面から取り組んでゆくのであれば、ARTの拡大は避けて通れない課題である。そして、数多くの生命が2005年を待たずに失われていくという現実があり、3×5が実現したとしても現時点で顕在化している医療ニーズのわずか半分を満たすに過ぎないということをしっかりと心に留めておかなければならない。

第3節 二国間援助におけるエイズ政策の動向

多国間援助同様、二国間援助においてもARTの本格的な拡大を図る動きが具体化し始めている。最大のトピックは米国が2003年に打ち出したエイズ救済緊急計画である。本節においては様々な意味で大きなインパクトを与えているこの米国の計画を中心に記述する。最後に日本の二国間援助におけるエイズ政策についても触れる。

1. 米国の二国間援助

(1) 米国の二国間援助の概要

米国はHIV/AIDS問題に関してはすでに世界最大の援助国であり、米国国際開発庁（U.S. Agency for International Development: USAID）を中心に保健省下の疾病管理・予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）、国立衛生研究所（National Institute of Health: NIH）、さらには国防総省、労働省等が関わり、予防・啓発、ケア・サポート、VCTを中心とするプロジェクトが世界各地で展開されてきた。その予算規模は2001年度（2000年10月～2001年9月。GFATMへの拠出金を含む。以下同様）8億4000万ドル、2002年度11億ドル、2003年度16億ドルと年々拡大してきており、現在、100カ国近い国々においてプロジェクトが実施されている。実施主体の内訳を2003年度の予算配分の比率で見ると、

USAIDが約40%、CDCが約12%、NIHが約16%、その他若干と、残りがGFATMに対する拠出金となっている。

米国では多数の大規模な国際NGOが活発に活動しており、二国間援助において大きな役割を果たしている。USAID等を通じてそうした国際NGOに資金供給が行われ、さらに現地のローカルNGOに流れてゆくという形態も多い。その他の特徴としてはコミュニティ開発にも重点が置かれており、男性同性愛者やセックスワーカー、注射薬物使用者といったヴァルネラブル・コミュニティへの支援も積極的に行われている。また、ジョンズ・ホプキンス大学やコロンビア大学といった大学・研究機関が、個別のプロジェクト形成等で重要な役割を果たしている。

(2) 大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR) の概略¹⁹

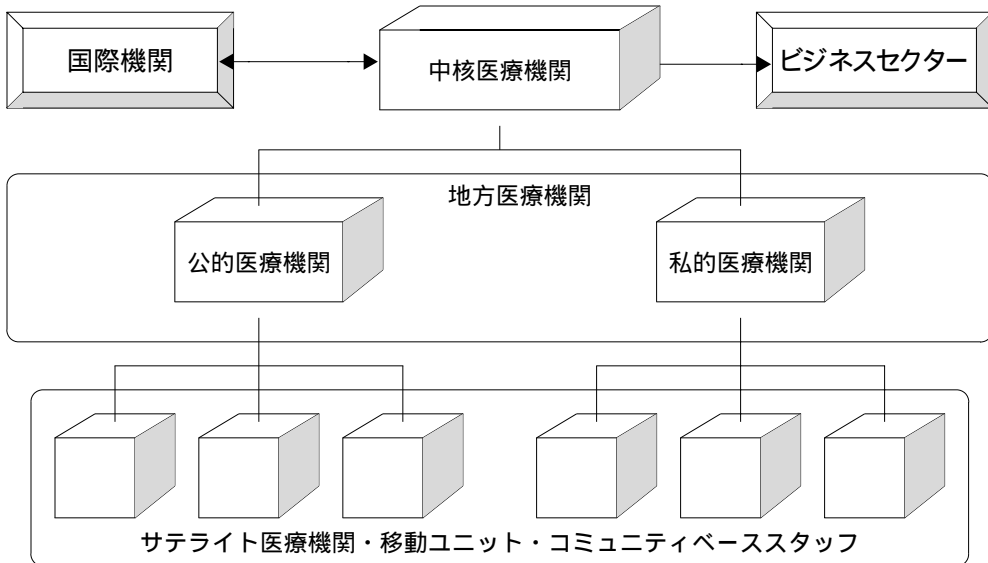
大統領エイズ救済緊急計画 (President's Emergency Plan for AIDS Relief : PEPFAR) は2003年1月、ブッシュ大統領がエイズ対策緊急計画として今後5年間で総額150億ドルのコミットメントを発表し、議会の承認を要請したものである。PEPFARは既往のコミットメントを一挙に3倍に増やすものであり、2008年までに700万人の新規感染予防の達成、200万人に対するARTの実施、1000万人の患者・感染者並びにエイズ遺児に対するケア・サポートの提供を目標としている。特に治療に対して重点が置かれており、総資金の55%が治療に振り向けられるとされている²⁰。実施対象国は世界でも特に感染拡大の深刻なアフリカとカリブ海地域の14カ国、ボツワナ、コートジボワール、エチオピア、ケニア、モザンビーク、ナミビア、ナイジェリア、ルワンダ、南アフリカ、タンザニア、ウガンダ、ザンビア、ガイアナ、ハイチである(2004年6月にベトナムが追加され15カ国となった)。ちなみにこの150億ドルのうち、10億ドルはGFATMへ拠出される予定である(2億ドル×5年)。

PEPFARの遂行にあたっては、大統領が指名し議会が承認する大使待遇の特別調整官 (U.S. Global AIDS Coordinator) が国務省内に新設された。特別調整官は、米国が実施するあらゆるHIV/AIDS関連の対外援助の監督責任を負い、援助機関や省庁間の調整機能を担い、国務長官に対する報告義務を負う。さらに国務省にPEPFAR遂行のために新設された勘定を管理し、USAIDをはじめとする米国の援助機関、NGO、CBO、信仰を基盤とする組織 (Faith Based Organization : FBO)

¹⁹ 本項の内容は主にOffice of the U.S. Global AIDS Coordinator [2004] に基づく。

²⁰ その他、予防20%、ケア15%、エイズ遺児対策10%となっている。

図11 ネットワークモデル



(出所) Office of the U. S. Global AIDS Coordinator [2004]

等に資金配分を行う。この大きな権限と重責を帯びる職位に指名されたのは、米国の大手製薬企業イーライ・リリー社の元CEO、ランドール・トバイアス (Randall Tobias) 氏である。米国はエイズ対策を外交上の重点項目の一つと位置づけており、PEPFARが打ち出された当時のホワイトハウスのホームページでは、イラク問題等の重要な外交課題を差し置いて、エイズ対策が最初の項目として並べられていたほどである。

PEPFARはウガンダの「ネットワーク・アプローチ」をモデルとしている。人材や設備の整った中核医療機関 (Central Medical Centers: CMCs) という基幹病院を核として、その周辺に診療所や小規模医療施設、移動診療所等をサテライト型にネットワークし、中央の都市部から末端の農村部等へ予防・治療・ケアの包括的なプログラムを普及させてゆく、というフレームワークになっている (図11)。CMCsは医師・看護師・検査技師等の人材が整った地域の拠点病院であり、高水準の医療行為を提供する。その川下組織として医師・看護師・薬剤師・カウンセラー等が揃った一次医療施設 (Primary Satellites) と呼ばれる診療所を定め、ARVの新規処方箋を出すといったような基本的な医療行為を提供する。FBOやNGOが運営する多くの私的・公的診療所がこのカテゴリーに入る。さらにその川下・周辺部には二

次医療施設（Secondary Satellites）と呼ばれる医療施設が設置され、看護師・医療技師・カウンセラー等がVCTを実施する。検査の結果感染が判明した患者・感染者は一次医療施設やCMCsに紹介されることとなるが、反復分の処方箋発行といったルーチンの医療行為やケアは、標準的なプロトコルに従って二次医療施設で行われる。遠隔地の農村部等においては、標準的な診断・薬剤投与の訓練を受けた地域の人材、または、巡回看護師等により医療サービスが提供される。

（3）これまでの実績

2003年5月にPEPFAR法案が議会を通過、2004年1月には3億5000万ドル、同年6月には5億1500万ドルの支出が議会承認され、合計8億6500万ドルが対象15カ国での対策実施に充てられることとなった。その結果、米国の2004年度のHIV/AIDS支援総額は、24億ドルに達することとなった²¹。また、2005年度予算としては、前年度比16.7%増の28億ドルとなっている。

こうした予算措置を受け、すでに複数のARTプロジェクトがアフリカ諸国を中心に始められている。2004年7月時点で少なくとも2万4900人に対する直接・間接の支援が行われており²²、さらに、2005年6月までには20万人にまで拡大することが目標とされている。ARTの実施にあたっては、母子感染予防等の既存のプロジェクト拠点から先行して行い、その後順次拡大してゆくこととなっている。国別の実施状況でウガンダをはじめとする数カ国が突出しているのは、既存の米国の援助基盤が充実しているという背景もあろう（表12）。

PEPFARの枠組みで使用されるARVは、品質面等について米国の医薬品審査当局である米国食品医薬品局（U.S. Food and Drug Administration：FDA）の承認を受けたものであることが求められている。これは、米国内で流通しているARVと同レベルの品質水準のものを途上国に対しても提供すべきである、という道義的観点に基づくものであるとされている。こうした観点に基づき、現在途上国において流通している多剤混合薬²³等のジェネリック薬について、FDAによるレビュープロ

²¹ 内訳としては、PEPFAR対象15カ国に対するもの8億6500万ドル、既往の二国間HIV/AIDS援助5億400万ドル、研究活動3億2400万ドル、結核・マラリア対策1億9900万ドル、国防総省等1500万ドル、GFATM拠出金5億4700万ドルである（2004年6月23日付の国務省プレスリリースより）。

²² 1万8800人のARTプロジェクトに対し直接的に資金提供。6100人のARTプロジェクトに対しては、検査、人材育成、物流システム強化、治療プロトコル開発等の間接支援が行われている。

²³ ARTの主流である多剤併用療法において服薬を容易にするために、複数の異なるタイプのARVを1剤にまとめた薬剤。

表12 PEPFARによるARTの提供計画と実績

(人)

	Year 1	Year 5	実績(04年7月現在)
ボツワナ	29,000	33,000	NA
コートジボアール	10,000	77,000	400
エチオピア	15,000	210,000	NA
ガイアナ	300	2,000	NA
ハイチ	4,000	25,000	NA
ケニア	38,000	250,000	2,700
モザンビーク	8,000	110,000	NA
ナミビア	4,000	23,000	2,500
ナイジェリア	16,000	350,000	500
ルワンダ	4,000	50,000	100
南アフリカ	20,000	500,000	3,700
タンザニア	11,000	150,000	100
ウガンダ	27,000	60,000	7,300
ベトナム	1,000	22,000	NA
ザンビア	15,000	120,000	1,500
合計	200,000	2,000,000	18,800

(注) 各国別人数は概数につき、合計が合わない場合がある。

(出所) Office of the U.S. Global AIDS Coordinator [2004]

セスを受け付ける旨が表明されている。

(4) 問題点

このように、ARTの拡大を中心に極めて大規模な資源投入が行われ、すでに実績も挙がりつつあるPEPFARであるが、いくつかの問題点も指摘できよう。開始間もない時点で不明な点も多いが、懸念事項も含めて指摘するならば、以下のようなことが言えるであろう。第一に、15カ国の対象国選定についてである。これは二国間援助全般に言えることではあるが、HIV/AIDS援助が外交政策の一環として行われる限り、そこには国益に基づく恣意性が介在する余地が大きく、本当に援助が必要な国が抜け落ちる可能性がある。PEPFARは世界でも最も感染拡大の深刻な15カ国を選定しており、世界の感染者の50%、サブサハラ・アフリカにおける感染

者の70%をカバーしているとされているが、米国の外交政策上の重点国を中心に選定されているという印象も拭えない。

第二に実施体制である。極めて大きな権限が集中する特別調整官であるが、そのエイズ政策に関する実力は未知数である。UNAIDS等、既存の執行機関との調整がどのように図られてゆくのか、巨額の資金がどのように配分されてゆくのか、これまでのエイズ政策の潮流を踏まえたどのようなプロジェクトが実行されてゆくのか、各方面に与える影響はきわめて大きいだけに、注視される場所である。

第三に予防・啓発プロジェクトについてである。“Abstinence-Focused”、すなわち、禁欲を旨とするアプローチが謳われており、若年層の性行為や複数のパートナーとの性行為を戒めるものである。しかしながら、ステディな成人男女間の性行為においても必ずしもHIV感染が防げる訳ではなく、コンドーム使用というより確実な予防対策がある一方でこうした禁欲を旨としたアプローチに力点が置かれることには、援助資源の有効活用の面からも問題があろう²⁴。その一方で、コンドーム使用が生殖を伴わない性行為として宗教上の拒否感を引き起こす側面もあり、コンドーム使用一辺倒の対策では限界があることも認識する必要がある。

第四にARVに対するFDAレビュープロセスである。現在、途上国における治療プロジェクトでは、インド等のジェネリック薬メーカーが製造するARVが広く使用されている。これらのARVの多くはWHOが実施する事前品質評価をクリアしたものであるが、世界でも最も厳しいと言われるFDA基準の適用をどこまで求めるか、ということについては、現実的な問題として考慮される必要もあろう。服薬アドヒアランス向上の観点からも多剤混合薬化はART実施において重要なポイントであるが、多剤併用療法に用いられるARVは異なる製薬企業が特許を保有していることから、ジェネリック薬メーカーの方がより柔軟に多剤混合薬化を進めやすい面もある²⁵。先に述べたスリー・ワンズにも見られるように、プロジェクト実施主体間の基準の調和が図られる方向性にあることを考えると、FDAのレビュープロセスをクリアしたARVしか認めないという米国の姿勢が、WHOやGFATMといっ

²⁴ 2004年4月に発表された第1回目の資金供給案件においても、5案件中2案件（American Red Cross、World Relief）がAbstinence-Focusedアプローチである。ただし、各案件は1000万ドル以下の事業規模であり、PEPFARがどの程度大々的にこうしたアプローチを拡大しようとしているのか、という全体像については不明な点もある。

²⁵ グラクソ・スミスクライン社とベリンガーインゲルハイム社が、両社のARVの多剤混合薬を開発する旨を発表しているように、ブランド薬メーカーの努力も行われている（2004年5月、両社プレスリリース）。

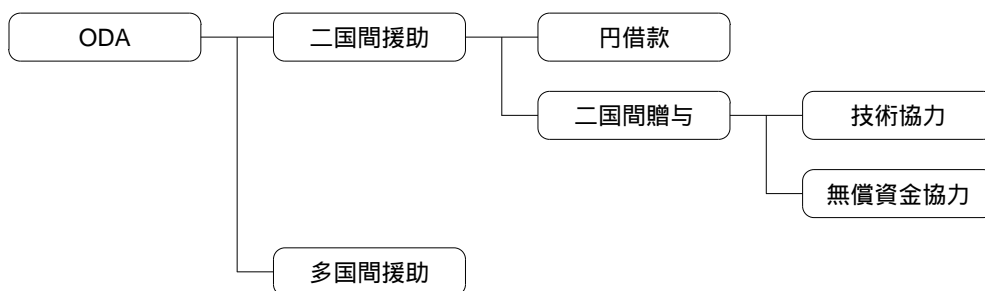
た他機関が支援するARTプロジェクトにも影響を与えてゆくことは必至である。たとえば、ある途上国政府のARTプロジェクトに米国と他の援助機関が共同で支援する場合、ARVに何をを用いるか、ということについて厳しい対立が生じることが懸念される²⁶。

2. 日本の二国間援助 沖縄感染症対策イニシアティブ

(1) 日本の二国間援助の概要

日本の二国間援助は円借款（政府貸付等）と二国間贈与に大別され、二国間贈与はさらに技術協力と無償資金協力に分かれる。技術協力は人材育成と技術移転を主要目的とし、途上国からの研究員受け入れ、日本からの専門家派遣、開発調査、青年海外協力隊の派遣、機材の供与等が行われている。無償資金協力は資金使途を特定した資金贈与であり、学校・病院などの施設建設、教育訓練・医療関連等の資機材調達、災害復興等に充てられる（図12）。全体の企画・管理・調整等を外務省が担い、技術協力はJICA、円借款では国際協力銀行（JBIC）が主な実施機関である。

図12 日本の開発援助の構成



（出所）筆者作成。

²⁶ 2004年の5月から8月にかけて、インドのジェネリック薬メーカーであるシブラ社とランバクシー社が製造・供給していたARVの一部がWHOの事前品質評価リストから削除される、という事態が生じた。これはジェネリック薬とブランド薬の品質の同等性を証明する試験を受託していた臨床検査受託会社による、レギュレーション違反が判明したためである。リストから削除されたARVはすでに途上国におけるARTプロジェクトで広く用いられているため、今後のプロジェクト遂行に混乱が生じることが懸念されている。この件については受託会社による不適切な行為が原因のようであり、リストからの削除はARVの品質や安全性を確認するためには必要な措置と言える。その一方で、事前品質評価システムが完全ではないこともまた、WHO自身が認めているところであり、今後WHOやFDAといった複数の評価基準が並存することによってゆくと、メーカー側に無用の混乱を生じさせることも懸念される。

2001年度の支出純額ベースでは二国間援助総額9061億円のうち、円借款3300億円（構成比率36.4%、以下同様）、技術協力3447億円（38.0%）、無償資金協力2314億円（25.5%）である²⁷。

（2）沖縄感染症対策イニシアティブ²⁸

日本政府は2000年のG8九州・沖縄サミットにおいて「沖縄感染症対策イニシアティブ」(IDI)を発表し、2000年から2004年の5年間に30億ドルの国際援助を行うことを表明した。開発・貧困削減の中心課題として感染症問題を位置づけ、地球的規模での連携と地域的対応を行い、戦後日本における感染症・寄生虫制圧の経験・知見を生かしてゆくこととされた。対象疾患としてはHIV/AIDSにとどまらず、結核、マラリア・寄生虫症、ポリオ、SARS、麻疹等を含み、安全な水へのアクセス確保等をも含む包括的なイニシアティブとなっている。感染症対策の方針としては、途上国のオーナーシップ、人材育成、多様なステークホルダーとの連携、南南協力、研究活動の促進、コミュニティレベルでの公衆衛生の推進が挙げられている。なお、IDIには多国間援助機関への資金拠出も含まれており必ずしも全てが二国間援助ではないが、日本政府の提唱する最も重要なイニシアティブとしてここでは取り上げる。

2000年から2002年までの3年間に総額24億ドルがすでに支出されており、実施目標は大幅に前倒して達成される見込みである。2001年までの内訳は図13のとおりである。直接支援とはエイズ、結核、マラリア等に対する直接的な対策プロジェクトであり、間接支援とは安全な水、基礎教育、地域保健といった、間接的に感染症対策に資するプロジェクトである。インフラ整備を中心とする間接支援がおよそ4分の3と大きな比率を占め、直接支援は約4分の1を占めるにとどまっている。エイズ対策としては、予防・啓発、ケア・サポート、VCTの普及、検査診断技術の強化、エイズ遺児のケア等であり、支出実績は212億円で全体の1割強である。

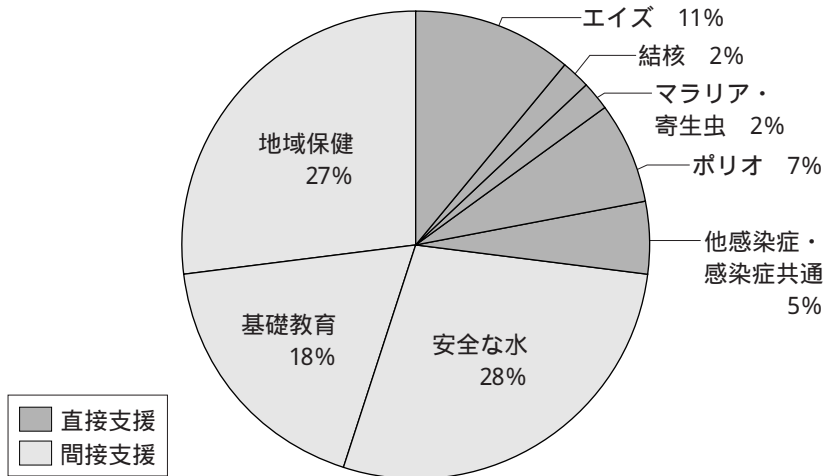
エイズ対策のうち二国間援助は2割弱にとどまり、国際機関への拠出金を中心とする多国間援助が約8割と圧倒的な割合を占める²⁹。二国間援助では無償資金協力

²⁷ ODAとしてはこれに多国間援助としての国際機関向けの拠出金・出資金等があり、2001年度支出純額ベースで2903億円であった。ちなみに、GFATMへの拠出金はここに含まれる。

²⁸ 以下のIDI評価の内容は主に外務省[2004a]に基づく。

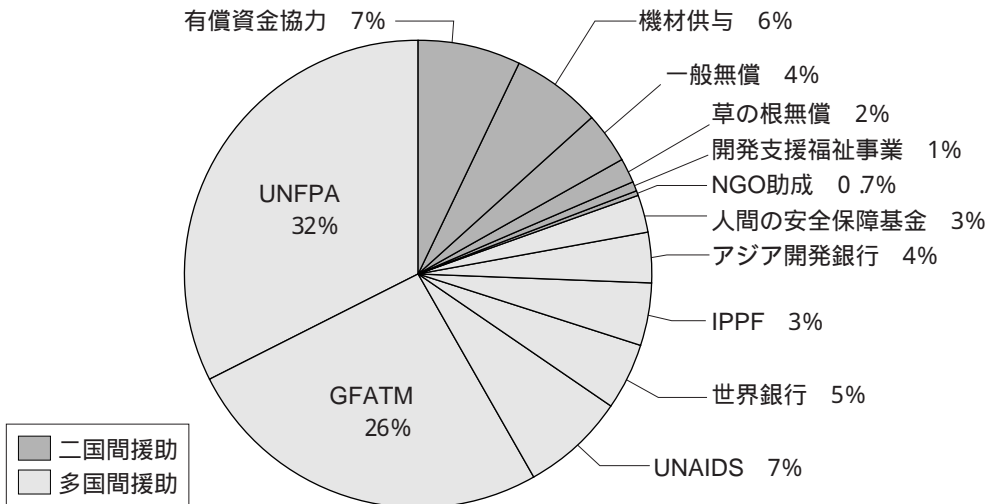
²⁹ UNFPAに対する拠出金のうちリプロダクティブ・ヘルス分野に該当する分が69億円、GFATMへの拠出金のうちHIV/AIDS相当分が55億円、世銀・アジア開発銀行の日本関連の勘定からのエイズ対策支出が19億円、UNAIDSへの拠出金が15億円、等である。

図13 IDIの資金使途別内訳



(出所) 外務省 [2004a] より筆者作成。

図14 IDIのHIV/AIDS対策の内訳



(出所) 外務省 [2004a] より筆者作成。

としてベトナムのエイズ予防計画、インドネシア家族計画プログラムに対する援助のほか、草の根無償として多数の案件に資金供与が行われている。日本のNGOに対する無償資金援助で大規模なものとしては、シェア = 国際保健協力市民の会がタイ東北部で展開する予防・啓発、ケア・サポート・プロジェクトに対する支援がある。また技術協力としては、検査関係を中心とする研修員受け入れ401人、専門家

派遣15人、途上国における基礎研究分野への協力の他、機材供与等が行われている（図14）。

（3）IDIの特徴と今後の課題

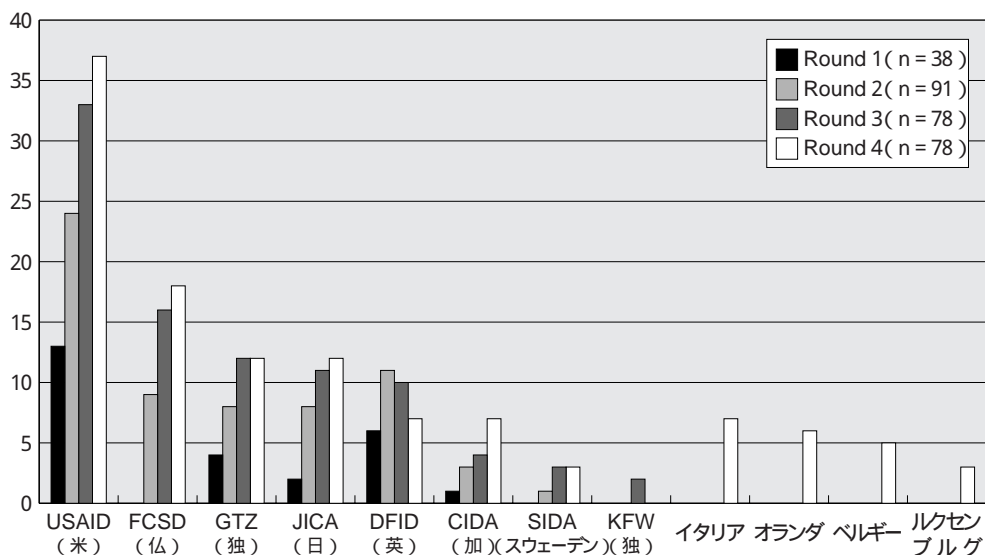
これまで見てきたようにIDIは間接支援が大部分を占めており、HIV/AIDSに対する直接支援が少ない。確かに、不衛生な水による感染症の発生・拡大の防止のためには、安全な水へアクセスするための上水道等の整備は有効であろう。また、学校建設等、基礎教育分野への援助は予防・啓発活動の実施やエイズ遺児対策に一定の効果をもつであろう。しかしながら感染症対策イニシアティブとしては治療や予防・啓発活動等といった、より直接的な支援とのバランスをとる必要もある。

また、草の根無償を中心とするNGOに対する支援では、日米協調・連携を優先する立場から、米国の大手国際NGOと協調しての支援や、病院・研究機関等に対する資金提供が目立ち、途上国NGOに対する支援は少ない。こうした背景もあって、直接支援プロジェクトとしては基礎研究分野や機材供与、研修員受け入れといった限定的な展開となっており、男性同性愛者、セックスワーカー、注射薬物使用者といったヴァルネラブル・コミュニティを対象とした支援はほとんどないのが現状である。また、ARTについても検討はなされているようであるが、継続性の問題や単年度予算等の障壁もあり、現状では実施する方針にはない。

このように予算としては相応の規模を確保しているIDIであるが、エイズ対策のメニューとしては限られたものにとどまっている。その最大の要因は人材不足であり、現状ではエイズ政策の企画・策定、実際のプロジェクト管理、現地での対策の実施等に関するエキスパートは人数が限られている。また、医師や看護師にしても、国内のエイズ拠点病院間ですら治療経験の格差が指摘されている現状では、海外のHIV/AIDS援助に振り向けられる人材が一体どれほどいるのか、という現実もある。

その一方で、人材育成へ向けた取り組みも始まっており、青年海外協力隊ではエイズ対策隊員が新設され途上国への派遣がスタート、今後も規模を拡大していくものと思われる。また、日本はHIV/AIDSに関連する援助について日米を基軸とする形で実施してきているが、これをより多極化することを検討する必要もある。例えば、現在JICAスタッフが10以上のCCMにメンバーとして参加しているが（図15）こうした状況をさらに一歩進めて、GFATMに対する主体的・戦略的な関与を強めてゆくことも必要ではなかろうか。GFATMの主要な支援国の一つである日本にとって、GFATMに供与する資金が有効活用されることは非常に重要である。このこ

図15 CCMへの二国間援助機関の参画状況



(注) 各ラウンドで案件承認を受けたCCMにおける二国間援助機関の参画状況。
当該援助機関が参画しているCCMの数。

(出所) GFATMホームページ (Analyses of CCM Membership at Round 1-4) より筆者作成。

とを踏まえ、GFATMとの協調のもとに、各国のCCMの能力強化やプロジェクト管理・評価・モニタリングなどに関する援助政策を策定し、二国間援助として実施してゆくことも有意義であろう³⁰。

おわりに

このように途上国におけるARTの拡大については、資金メカニズムとしてのGFATMの設立、3×5イニシアティブの立ち上げ、米国によるPEPFARの遂行といった形で、マクロの政策レベルでのダイナミックな展開が見られる。今後は現場レベルでの実行フェーズに移行してゆくことから、それぞれの途上国におけるミクロレベルでのエイズ政策のあり方がより重要度を増すであろう。事態はまだまだ流

³⁰ 二国間援助とGFATMとの連携の例としては、ドイツ技術協力公社 (German Agency for Technical Cooperation: GTZ) が各国のCCMの能力強化等を支援する「バックアップ・イニシアティブ」(Backup Initiative) が存在する。詳細は<http://www2.gtz.de/backup-initiative/>を参照。

動的な部分も多く、今後の動向が注目される。

主要参考文献

<日本語文献>

- 外務省 [2004a] 『沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI) 中間評価報告書』 (財団法人結核予防会への委託)
[2004b] 『どうする!? NGOのHIV/AIDSプロジェクト』

<外国語文献>

- GFATM (Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis, and Malaria) [2004a] *A Force for Change, The Global Fund at 30 Months.*
[2004b] *Annual Report 2003.*
- Office of the U.S. Global AIDS Coordinator [2004] *Bringing Hope and Saving Lives : Building Sustainable HIV/AIDS Treatment*, Aug. 2004, Washington D.C. : Office of the U.S. Global AIDS Coordinator, U.S. Department of State.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV / AIDS) [2004] *AIDS Epidemic Update*, Dec. 2004.
- U.S. Department of State [2004] *State Magazine*, Oct. 2004.
- WHO (World Health Organization) [2001a] *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development : Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Dec. 2001.
[2001b] *Investing in Health for Economic Development*, Dec. 2001.
[2002] *Improving Health Outcomes of the Poor*, Apr. 2002.
[2003] *Treating 3 Million By 2005 Making It Happen : The WHO Strategy.*

<参考としたウェブページ>

- 世界基金支援日本委員会のホームページ <http://www.jcie.or.jp/fgfj/> (財団法人 日本国際交流センターが事務局を担当)