

第2章

HIV/AIDS 問題に対する 効果的アプローチ

第2章 HIV/AIDS問題に対する効果的アプローチ

1. HIV/AIDS問題の概観

1 - 1 HIV/AIDS問題の現状 - その重要性

HIV/AIDS感染者・患者総数は4,000万人。途上国、特にサブサハラ・アフリカに集中。

全世界における2001年12月現在のヒト免疫不全ウイルス(Human Immunodeficiency Virus : HIV)感染者及びエイズ(Acquired Immunodeficiency Syndrome : AIDS)患者総数は約4,000万人、感染者・エイズ患者のうち90%が開発途上国に、特にサブサハラ・アフリカにおいては総数の70%が集中している。HIV/AIDSに対しては未だに有効な治療法が確立されておらず、いったんHIVに感染した後は終生感染状態にあり、免疫力の低下が原因により発症する重篤な日和見感染症(結核、カリニ肺炎、重症のカンジダ症等)に屈し(AIDSの発症)死に至る。

HIV/AIDSは身体的苦痛と共に偏見などによる精神的、社会的問題ももたらす。

HIVへの感染、AIDS発症は免疫不全状態に起因する様々な日和見感染症による身体的苦痛のほかに、HIV/AIDSに罹患していること自体への苦悩、外部からの偏見、就職機会が得られない等の精神・社会的な問題点が存在している。また、HIVは性行為によっても感染することから、女性や無防備な若年層が、そして母子感染を通じて子どもが感染の危険にさらされやすい。さらに親がAIDSにより失われることでAIDS遺児が多くなるなど、HIV/AIDS問題は保健医療上の問題であるのみならず、次世代にも影響を与える社会的発展の阻害要因の1つとなっている。

国家レベルの影響としては、労働力減少、医療費や社会保障費の上昇などがある。

国家レベルでは、HIV感染者やAIDS患者が主に生殖年齢にあたる若年層に集中することにより、死亡や入院・加療に伴う労働力の減少、日和見感染症等の関連症状の治療・研究のための医療費及び社会的保護のための社会保障費の上昇等を招き、国家開発・貧困対策の重大な阻害要因となっている。

1 - 2 HIV/AIDSの定義

HIV感染：
HIVが体内に侵入し増殖する状態
AIDS：
HIV感染の結果免疫不全状態で日和見感染症を発症した状態

AIDSとは、**人体の免疫系を弱体化するHIVに感染し、免疫系が破壊されることにより通常では重症には至らない疾病に対して、免疫系が健康を保持できなくなった状態である後天性免疫不全症候群**を意味する。HIV感染症は病期により大きく分けて急性期、無症候性キャリア、AIDSに分けられ、感染からAIDS発症に至るまでに短くて2年、長い場合には20年近くを要する、発病までが非常に緩慢な慢性疾患である。無症候性キャリア

の期間は最貧国の最貧層においては平均約5年との報告がある。また、臨床的には病期の分類方法として世界保健機関(World Health Organization : WHO)分類や米国の疾病管理・予防センター(Centers for Disease Control and Prevention : CDC)分類が用いられることが多い。本章においてはこれらの機関による分類を踏まえつつ便宜的に、**HIVが体内に侵入し増殖する状態をHIV感染、HIV感染の結果免疫不全状態で日和見感染症を発症した状態をAIDSとして定義することとする。**

1 - 3 国際的動向

1970年代に欧米諸国で免疫不全状態に伴うカリニ肺炎等独特の臨床症状を呈するケースが見受けられていたが、1981年に米国において男性同性愛者(Men who have sex with men : MSM)の間で同様の症状が多発し、米国立癌研究所(National Cancer Institute : NCI)と仏国パスツール研究所において HIV の存在が確認された。

1986年以來 WHO はこの課題に対する国際的対策の中心となっていた。しかし、HIV感染の急激な増加と、その経済社会的な問題の大きさから国連の活動の拡大が望まれ、WHOの世界エイズ対策計画(Global Programme on AIDS : GPA)から業務を引き継ぐ形で1996年に国際的なHIV/AIDSに対する合同支援プログラムとしての**国連エイズ合同計画(The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : UNAIDS)**が設立された。UNAIDSの使命は、 HIV蔓延の防止、 個人や地域社会のHIV/AIDSに対する脆弱さの軽減、 HIV感染者・AIDS患者への支援・介護、 社会経済や人間に対するHIV流行禍の悪影響軽減のための対策を主導、強化、支援することにある。

1996年
国連エイズ合同計画
(UNAIDS)設立

1990年代後半から2000年に入り、International Partnership against AIDS in Africa(IPAA)やThe Baltic Sea Declaration on HIV/AIDS Prevention等の地域的なHIV/AIDS対策のイニシアティブが多く発足し、地球的規模問題としての認識が大きく向上してきた。

2000年
国連総会で
ミレニアム開発目標
(MDGs)採択

2000年7月に九州・沖縄で開催されたサミットではHIV/AIDS感染者の削減を含む保健分野の取り組みを強化することが発表された。2000年9月の国連総会ではミレニアム開発目標(Millennium Development Goals : MDGs)が、採択され、目標の1つとしてHIV/AIDSを含めた疾病の蔓延防止が打ち出された。

2001年
国連エイズ特別総会

そして、2001年6月に開催された**国連エイズ特別総会**においては、改めてHIV/AIDS問題は経済・社会発展、人間の生命と尊厳、人権の享受等を阻害する世界的な問題であることが認識され、到達年次を含めたHIV/AIDS対策と国際協力の指針が示された。

また、国連エイズ特別総会の結果を踏まえ、2001年7月の九州・沖縄サミットにおける共同声明において、国連事務総長とともに世界エイズ保健基金の設立と8カ国による総額13億ドルの拠出が唱えられた。なお、この基金は**世界エイズ・結核・マラリア基金**(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)と名称が改訂された。

2001年
世界エイズ・結核・
マラリア基金

1 - 4 わが国の援助動向

わが国ではHIV/AIDS問題を強く認識し、独自の行動計画として1994年に**人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ**(Global Issues Initiative on Population and AIDS : GII)を打ち出し、これが開発途上国における積極的なAIDS対策に取り組むきっかけとなった。GIIでは家族計画や人口統計の分野の支援(人口直接協力)と下支えとなる初等教育や識字教育、女性の地位向上などの支援(人口間接協力)そしてAIDS知識の普及や検査・研究(AIDS分野協力)を合わせた包括的アプローチとなっている。

1994年
人口・エイズに
関する地球規模問題
イニシアティブ(GII)

2000年7月に開催された前述の九州・沖縄サミットにおいて、開発の中心課題としてのHIV/AIDSを含んだ感染症に対する5年間で30億ドルを目処とした**沖縄感染症イニシアティブ**を表明した。その基本理念は、感染症対策を途上国の開発、特に貧困削減計画の中心課題の1つとして捉えること、地球規模での連携と、地域レベルでの対応を促進すること、公衆衛生と連携させた日本の感染症対策の経験を活かし、途上国において応用する方策を追求すること、の3点である。2000年12月には沖縄サミットのフォローアップとして感染症対策沖縄国際会議を開催して感染症対策を重点項目とし、今後とも政策的にHIV/AIDS分野への取り組みを強化することを打ち出した。

2000年
九州・沖縄サミット
感染症対策
イニシアティブ
5年間で30億ドルの支
援を表明

保健・医療分野のODA
実績は増加傾向

政府開発援助(Official Development Assistance : ODA)の保健・医療分野への援助実績を見ると¹、無償資金協力では1995年度には約150億円(7.8%)²だったものが1999年度には約240億円(20.6%)と大幅に増加している。また、技術協力においても1995年度と1999年度で、研修員受入れが1,281人(12.2%)から3,154人(17.6%)に、専門家派遣が478人(15.2%)から553人(13.8%)と増加傾向にある。

中でも、わが国のGII(人口・AIDS分野)の実績は、1999年度で776億円となっており、このうちHIV/AIDS関係は、13.1億円(1.7%)にとどまっている。

JICAの保健・医療分野への協力実績は、1995年度には約130億円、1999年度には約155億円となっている。1999年度の実績の内、HIV/AIDS関係

JICAの協力はプロ技、
機材供与、研修がメイ
ン

¹ 全体に占める割合

² 一般無償資金協力全体(債務救済、ノンプロジェクト援助、草の根無償、留学生支援無償を除く)に占める割合。

のものは5.5億円(3.5%)である。

JICAのHIV/AIDS分野における協力は、主としてプロジェクト方式技術協力、医療機材の供与、研修事業により実施されている。プロジェクト方式技術協力では、タイ、フィリピン、ブラジル、ガーナ、ザンビア、ケニア等で予防や検査・研究、AIDSに関する知識普及などを行っている。また、カンボディアでは結核対策を主としたプロジェクトにおいてもAIDS予防や検査、研究協力をを行っている。医療機材供与は1996年度にAIDS対策・血液検査特別機材供与のための予算が新設され、AIDS診断・検査用資機材、安全な輸血・献血に必要な機材、啓蒙活動用の機材が供与されている。

2. HIV/AIDS 問題に対する協力の考え方

2 - 1 HIV/AIDS 問題の課題

HIV/AIDS問題は身体的問題から精神・社会的問題まで含み、対象者はHIV感染者、AIDS患者、家族まで含む。

AIDSはかつて同性愛者、麻薬注射行為者等いわゆるハイリスク集団の問題としてとらえられてきたが、1990年代から現在までにそれらの集団のみならず、一般人口に対しても大幅に数を拡大してきた。HIVは性感染することから生殖と切り離すことができず、全人類の脅威となりえる問題となっている。すなわちHIV/AIDSの問題は、**HIV感染、AIDS発症に至る身体的な問題から精神・社会的な問題に至るまで**、また、問題の**対象者としてはHIV感染者、AIDS患者のみならず感染者・患者の家族まで**を含むものである。

HIV感染は全世界的に拡大しており、多くの国でHIV/AIDSが大きな問題として認識され始めてはいるものの、正確な情報の入手や予算の不足、実際の活動にあたる人材の技術的な問題から、効果的なHIV/AIDSに対する国家対策策定や対策実施が行われていない現状にある。さらに、既に世界から根絶された天然痘や根絶の対象となっているポリオと異なり、現在の対策から劇的な変化がない限りは少なくとも十年以上にわたって援助国が対策にかかる資金を提供することが必要とされている。

AIDSは治療法が確立されておらず、薬も高価なため、HIV感染を予防することが重要。

さらに、AIDSについては未だに有効な治療法が確立されておらず、複数の抗HIV薬を併用するHighly Active Anti-Retroviral Therapy(HAART)によりAIDS発症を遅らせることができるようになってきたが、その費用は大変高価であり、開発途上国における多くのAIDS患者にとっては実行が困難である。これに対して抗HIV薬の並行輸入や、特許料を払わずに複製した薬を輸入、使用できるように法改正を実施した国も出ている。また、AIDSワクチンも研究段階にあり、開発と実用化にはまだ時間がかかり、最

最終的に開発途上国において入手可能となるのは数十年という時間がかかることが予想されている。よって最も効果的なHIV/AIDS対策は、現在ではHIV感染を予防することであり、国によって性感染、母子感染、血液感染等の特定リスクが高い場合には特定リスクを減少させる対策が求められる。

偏見対策など精神面、社会面でのケアも重要。

また、HIVに感染すると、数年から20年ほどの期間でAIDS発症する。HIV感染者、AIDS患者は身体的のみならずその疾病の歴史的特徴によりこれまで一般市民が持ち続けてきたAIDSそのものの偏見などにより、精神・社会的に生活の質が低下することが一般的なもので、これら**精神・社会的問題への対策**も忘れられてはならない。

官民が協力した包括的な国家レベルの対策も重要。

国家レベルにおいては、HIV感染を最小限にとどめるために中央政府、地方政府や民間団体などが協力して包括的な対策に取り組む必要があり、**国家のHIV/AIDS問題を正確に認識し、影響を最小限にとどめるための対策**が講じられなくてはならない。その中では、未だに感染が拡大していない地域においては感染予防を、サブサハラ・アフリカ等広く国民に感染が拡大した地域においては、HIV感染者やその家族、彼らを支える地域社会に対するサポート体制を確立することも必要である。

2 - 2 協力の意義

HIV/AIDSは住民の健康と福祉、労働力に影響を与える開発の阻害要因。

HIV/AIDS問題を開発途上国の住民の健康と住民の福祉、労働力へ重大な影響を与える開発の阻害要因として認識し、保健・医療分野の問題であるのみならず、貧困や社会開発、経済的問題、地球規模問題として捉え、その解決に向けて協力を実施するものである。

2 - 3 HIV/AIDS問題に対する効果的アプローチ

2 - 3 - 1 「開発課題体系図」の作成方法

開発課題体系図：
開発戦略目標
中間目標
中間目標のサブ目標
プロジェクト活動の例
は目的 - 手段の関係

HIV/AIDS問題をどのような問題として認識すべきかについて明らかにするため、様々な側面から課題に対する問題分析及び目的分析を行った。その結果を踏まえ、目的 - 手段を体系的に整理して開発課題体系図を作成した。具体的にはHIV/AIDS問題に対する**開発戦略目標**として次の3点を設定し、これらの開発戦略目標から目的 - 手段の関係となるように中間目標、中間目標のサブ目標、プロジェクト活動の例、とブレイクダウンして開発課題体系図を作成した。また、体系図にはそれぞれの目標の達成度を測定するための指標案を掲載した。

図1 HIV/AIDSの課題体系図

開発戦略目標	中間目標
<p>1. HIV/AIDS 予防とコントロール</p> <p>HIV 感染者数・新規罹患患者数 AIDS 発症者数 AIDS による死亡者数 (性別、年代別の数値及び文化・宗教・貧困等の背景にも留意する)</p>	<p>1 - 1 性感染リスクの減少 一般人口における HIV 感染率・罹患率 CSW(Commercial Sex Worker)における HIV 感染率 性感染による HIV 感染者割合</p> <p>1 - 2 母子感染リスクの減少 母子感染による HIV 感染者割合 妊婦の HIV 陽性率</p> <p>1 - 3 輸血による感染リスクの減少 輸血による HIV 感染者割合 輸血用血液の HIV 陽性率と輸血用血液のスクリーニング率</p> <p>1 - 4 麻薬注射による感染リスクの減少 麻薬注射行為者における HIV 感染率</p> <p>1 - 5 有効なワクチンの開発と実用化 開発されたワクチンの接種率 ワクチンの有効性</p> <p>1 - 6 有効な治療薬の開発と実用化 開発された治療薬の使用率 治療薬の有効性</p>
<p>2. HIV 感染者、AIDS 患者や家族等へのケアとサポート</p>	<p>2 - 1 日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減 HIV 感染者、AIDS 患者のうち保健・医療サポートを受けている割合</p> <p>2 - 2 HIV 感染者、AIDS 患者、家族などの人権擁護 社会一般の HIV 感染者の受容度</p>
<p>3. 有効な国家レベルの対策の実施</p> <p>実行されている HIV/AIDS 関連プログラム、各プログラムの適切さと人口のカバー率</p>	<p>3 - 1 適切な国家レベルの対策の策定 国家対策戦略の実施可能性の検証結果 アクション・プランの実施可能性の検証結果</p> <p>3 - 2 HIV/AIDS 対策運営管理能力の向上 アクション・プランの進捗状況 行政監査担当省庁等による(内部・外部)評価結果</p> <p>3 - 3 保健財政の適正化 国家予算に占める保健・医療分野の割合 保健・医療分野に占める HIV/AIDS 分野予算の割合 他セクター予算に占める HIV/AIDS 対策部門の割合</p>

3つの開発戦略目標

< 開発戦略目標 >

HIV/AIDS 予防とコントロール
 HIV 感染者、AIDS 患者や家族等へのケアとサポート
 有効な国家レベルの対策の実施

プロジェクト活動の例:

比較的事業実績の多い活動
 事業実績のある活動
 プロジェクトの1要素として入っていることがある活動
 ×事業実績がほとんどない活動

JICAの主たる事業:

実施例は数件であるものの、今後の先行事例となりうる事業

作成した体系図はHIV/AIDS問題の全体像を示したものであり、JICAによる協力が困難なものも含まれている。また、「プロジェクト活動の例」に関しては対応する中間目標のサブ目標達成のために考え得る活動案を示しており、これにより実際の活動策定を制限するものではない。

体系図中の「プロジェクト活動の例」の前には、×の記号を付記した。これは各活動例についてJICAの協力実績がどの程度あるかを表したものである。○は比較的事業実績の多い活動、△は事業実績のある活動、□はプロジェクトの1要素として入っていることもある活動、×は事業実績がほとんどない活動をそれぞれ表している。

体系図中の「JICAの主たる事業」は、中間目標のサブ目標に関して、今までHIV/AIDS分野においてJICAで行われてきた主たる事業を挙げている。また、○印がついている事業に関しては、実施例は数件であるものの、今後の先行事例となりうる事業を表している。

なお、付録1「主な協力事例」の別表として「HIV/AIDS関連案件リスト」を挙げた。これはJICAのHIV/AIDS関連事業の代表事例をリスト化したものである。別表の各事例には番号を付けており、開発課題体系図の「プロジェクト活動の例」に該当する内容を含む事例の番号を体系図中の「事例番号」の項目に記載した。これにより、JICAのHIV/AIDS関連事業の代表事例が、どの目標に対しどのような活動を行ってきたのかの傾向を見ることができる。

2 - 3 - 2 「開発課題体系図」の概要説明

以下では、開発戦略目標ごとにそのアプローチの概要や留意点を述べる。

開発戦略目標 1.
 HIV/AIDS 予防と
 コントロール

【開発戦略目標 1 HIV/AIDS 予防とコントロール】

現時点で治療法が確立されていないHIV/AIDSの拡大を防ぐということは、その根本となる感染を予防することに他ならない。新規HIV感染(HIV罹患)を減少させることで最終的なHIV感染率(有病率)の減少を狙うものである。また、国家の開発という観点から見ても、感染者増加は医療費や社会保障費の増加の原因となるため、問題の源を断つことは非常に重要な

図2 開発戦略目標1 「HIV/AIDS 予防とコントロール」体系図

中間目標1 - 1 性感染リスクの減少			
指標： 一般人口における HIV 感染率・罹患率、 CSW(Commercial Sex Worker)における HIV 感染率、 性感染による HIV 感染者割合			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
安全な性行動の促進 危険な性行動の実施率(不特定多数、男性同性間性行為) コンドームの使用率 売春(買春)回数・率 CSWにおけるコンドーム使用率 コンドームの入手容易性(コスト、利便性、心理的容易性) コンドームの質	正しいHIV/AIDSの知識の普及 ・知識普及のための啓蒙活動(一般大衆教育、特定集団へのキャンペーン) ・啓蒙活動のための教材/マニュアルの開発と普及 ・保健ボランティアや保健推進員等が啓蒙活動をするためのシステム構築 コンドームの使用促進 ・(ハイリスクグループに対する)コンドームの配布 ・コンドームの輸送・配布システムの構築 ・コンドームの質の改善を目的とした、製造業者への研修/トレーニング ・コンドーム需要の喚起 ・コンドーム使用促進のための政策策定プロセス支援	1, 2, 4, 17, 20 ~ 26, 30 19, 21, 22, 26	・青少年等のグループを対象とした健康教育(開発福祉) ・ハイリスクグループに対する健康教育(開発福祉) ・コンドームの配布(無償) ・コミュニティを対象とする啓蒙活動(プロ技)
他の性感染症の減少 他の性感染症罹患率	性感染症診断・治療技術の確立 早期診断・治療 知識の普及 検査体制(施設/人材/機材)の整備 診断キットの研究開発 コンドームの使用促進(上記活動参照)	2, 4, 7 4, 18 2, 21, 22, 26 2, 4, 16, 20	・健康教育と検査体制の強化(開発福祉・プロ技)
自己のHIV感染認識の促進 HIV検査の結果通知率 HIV感染者のHIV/AIDSに対する危険意識 HIV検査実施率 HIV/AIDSに関する知識・認識	VCT促進 ・正しいHIV/AIDSの知識普及を目的とした啓蒙活動 ・自発的な血液検査を促すキャンペーンの実施 ・血液検査体制(施設/人材)の整備 ・検査技術の確立 ・検査技術の教育 ・結果通知の徹底 ・カウンセリング手法教育 血液検査で陽性となった人に対しては、社会的ケアを行う。 (開発戦略目標2.「HIV感染者、AIDS患者や家族等へのケアとサポート」参照)	2, 15, 16, 20, 30	・VCTのなかでの検査機能の向上(プロ技・機材供与) ・VCT活動の促進(在外研修)

中間目標1 - 2 母子感染リスクの減少			
指標： 母子感染による HIV 感染者割合、 妊婦の HIV 陽性率			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
母子感染の重要性の認識の向上 保健医療従事者の母子感染理解度 AIDSに関するカウンセリング及び検査をした割合	×保健医療従事者を対象とした、母子感染の理解促進のための研修 ×保健医療施設でのカウンセリングの実施 ×保健医療施設での血液検査の実施 母子感染に対する知識の普及 VCT促進(活動詳細は中間目標1-1の「VCT促進」参照)	1, 20, 21 30	・健康教育の実施(プロ技・開発福祉)
母子感染予防医療技術の徹底 HIV感染産婦の人工乳保育対策実施率 水質の良くない環境におけるHIV感染産婦の母乳による保育率 HIV/AIDS対策に取り組む施設数 HIV感染妊産婦の必要な医療やカウンセリングを受けている数 HIV感染妊婦への抗HIV薬短期投与実施率	妊娠・出産・母乳栄養による感染の防止 ・安全な水にアクセスできる地域における人工乳(粉ミルク)保育の推進 ・安全な水にアクセスできない地域におけるHIV感染産婦の母乳保育の推進 ・母子感染対策に取り組む施設の整備 ・母親を対象とした正しいHIV/AIDSの知識の普及 ・抗HIV薬短期投与 母子感染予防に関する研究・支援	20, 23 1, 10, 20	抗HIV薬短期投与(開発福祉) ・予防方法の探求と取り組みへの協力(プロ技)

中間目標1-3 輸血による感染リスクの減少			
指標： 輸血によるHIV感染者割合、輸血用血液のHIV陽性率と輸血用血液のスクリーニング率			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
HIV汚染血液の減少	× 売血・枕元輸血の減少のためのBlood Bank設立 売血禁止のための法・組織体制整備 × 安全な輸血のための啓蒙普及 清潔な医療機器の供与	14	・ 輸血の現状調査(在外開発調査) ・ 安全な献血のための器具の供与(機材供与)
Blood Bankが存在する地域の割合			
血液スクリーニングの徹底	検査手法の確立 検査手法の教育 血液スクリーニングのための検査システム構築 スクリーニングキット・機材・施設の整備 現地レベルに応じた血液スクリーニングキットの開発 × 血液スクリーニングのための検査試薬自家供給体制の構築 血液スクリーニング精度向上のための研修	10, 11, 20	・ 血液スクリーニングの効果的実施の支援(プロ技・機材供与) ・ 血液スクリーニング技術の移転(在外研修) ・ 血液スクリーニング現状調査(在外開発調査)
輸血用血液のスクリーニング率		11, 29	
HIV検査偽陰性率等検査精度		11, 14	
		16, 19	
		10, 11	
		11, 29	

中間目標1-4 麻薬注射による感染リスクの減少			
指標： 麻薬注射行為におけるHIV感染率			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
麻薬注射行為の減少	× 麻薬依存治療 ・ カウンセリング ・ 代替薬物使用 ・ 不正薬物使用削減のための啓蒙活動		
麻薬注射行為者数 麻薬注射行為数			
注射筒・針再利用の減少	× 使用済注射筒・針交換事業 × 注射筒・針滅菌法の教育		
麻薬針再利用割合			

中間目標1-5 有効なワクチンの開発と実用化			
指標： 開発されたワクチン接種率、ワクチンの有効性			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
ワクチン開発	ワクチン及び関連基礎医学分野の共同研究・開発支援	4	ワクチンの評価体制の構築(プロ技)
臨床試験の各相におけるワクチン数			
開発されたワクチン数 ワクチンの有効性			
ワクチン購入・輸送体制構築	× ワクチンの供給 × 配布計画策定・実行		
ワクチンの価格			
ワクチン供給体制			

中間目標1-6 有効な治療薬の開発と実用化			
指標： 開発された治療薬の使用率、治療薬の有効性			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
治療薬開発	× 治療薬及び関連基礎医学分野の共同研究・開発支援 × 薬剤耐性に関する研究協力	4	
臨床試験の各相における治療薬数 開発された治療薬数			
治療薬購入・輸送体制構築	× 治療薬の供給 × 配布計画策定・実行		
治療薬の値段			
治療薬供給体制			

*「事例番号」は付録1.の別表の案件リストの番号に対応

プロジェクト活動の例：	JICAのHIV/AIDS対策協力事業において比較的事業実績の多い活動 JICAのHIV/AIDS対策協力事業において事業実績のある活動 JICAのHIV/AIDS対策協力事業においてプロジェクトの1要素として入っていることもある活動 × JICAのHIV/AIDS対策協力事業において事業実績がほとんどない活動
JICAの主たる事業：	実施例は数件であるものの、今後の先行例となりうる事業

対策となっている。

HIV感染率減少については2000年9月に採択されたミレニアム開発目標 (MDGs)の1つとして「2015年までにHIV/AIDSの蔓延の阻止と減少」が掲げられ、2001年6月の国連エイズ特別総会のコミットメント宣言³において、以下のような感染減少に関する到達目標が提示された。これら到達目標の策定にはわが国も主体的に関わっており、HIV/AIDS対策を実施する際にはこれらを目標として意識する必要がある。

国連エイズ特別総会の
目標

< 国連エイズ特別総会のコミットメント宣言で示された目標例 >

- ・ HIV 感染状況が深刻な国においては2005年までに15 - 24歳の感染率を25%引き下げる。世界全体では2010年までに25%引き下げる。
- ・ 2005年までに15 - 24歳の90%、2010年までに95%にAIDS予防の知識を普及する。
- ・ 2005年までに母子感染を20%減少、2010年までに半減させる。

HIVの感染はHIVに汚染された血液、精液、膣分泌液を介しておこり、大きく「**性感染**」、「**母子感染**」、「**血液感染**」に分けられる。そのうち血液感染に関しては性質と対策の違いにより、輸血による感染と、麻薬注射の際に注射筒・針を滅菌することなく再利用する場合の感染の二種類に開発課題体系図では分けている。

中間目標 1 - 1
性感染リスクの減少

性感染は最も多い感染経路。対象者を明確にした知識普及や安全な性行為の促進、男女のエンパワメント、VCT促進、他の性感染症の早期発見・早期治療が重要。

中間目標 1 - 1 性感染リスクの減少

性感染については、HIVは発見当初MSMの中で拡大していたが、現在では**異性愛者間での感染が主な感染経路となっている国が多い**。特にHIV感染率が比較的低位の国においては性交渉を生業とする売春婦(夫) (Commercial Sex Worker:CSW)を介した感染が多い傾向にあるため、**サーベイランスの結果により判明した国の実情によって対象者を検討し、HIV/AIDSとは何か及び安全な性行為とはどのようなものかについて知識の普及を図るほか、コンドームの使用を促すための啓蒙や実物の配布活動により、安全な性行為を促進する必要がある**。

また、女性は生殖器の構造により生物学的にHIVに感染しやすいことや、立場的に強制的な性交渉を求められやすく、男性用・女性用を問わず、コンドームの使用についても主体的に実施できないことが多い等の理由により、感染の危険にさらされることが多い。これらのことを念頭に置きながら、女性が男性と同等の人権を享受するためにも、HIV/AIDS対策を母子保健・リプロダクティブヘルス関連協力に取り入れるなどして、パート

³ United Nations(2001)

ナー間の安全な性交渉に対する責任の共有やHIV感染から身を守る手段の実行促進を図り、男女双方のエンパワメントを実現していくことが必要である。

HIV感染は他の性感染症と同様に、自らが感染していることについて、症状が発現するまで気づいていないことが多いため、感染を自覚させることにより他人への感染を防ぐことが有効である。HIVに感染する危険性や、周りへと感染を広げてしまう危険性を正しく認識した人々は、より安全な行動を取ると考えられている。そのため、HIV検査と事前・事後のカウンセリングを組み合わせ、秘密が保持されたサービスを提供し、自由意思によりHIV検査が増加するように働きかけて行動変容を促し、HIV感染を防ぐことを狙った**自発的カウンセリング及び検査**(Voluntary Counseling and Testing : VCT)は、HIV感染拡大防止の大きな柱と考えられている。また、**他の性感染症の早期発見・早期治療**により、HIV感染確率を下げるのが可能であり、性感染症についての教育を通じた知識の普及と、治療方法が確立されている性感染症の治療を推進することも有効である。

中間目標 1 - 2
母子感染リスクの
減少

母子感染は性感染に次いで感染が多い。母乳保育の可否は地域の衛生状況によって判断。

中間目標 1 - 2 母子感染リスクの減少

母子感染は世界的には性感染の次に多いとされる感染経路である。母子感染の予防には現在では抗HIV薬(AZTもしくはNevirapine)の短期投与によるプログラムが実施されており、わずかな投入で感染リスクを確実に減少させるこの方法は注目を集めてきている。しかし、技術的な議論のみならず、母親に対する対策が不十分なまま子どものHIV感染のみを防ぐ手法には、子どものみを感染から救って母親の健康には何ら効果をもたらさないことやAIDS遺児の増加、さらには薬剤耐性ウイルスの蔓延が懸念されるなど活発に意見が交わされているところである。出産後には母乳保育を避けることで母乳中に含まれるHIVの伝播を予防できることがわかっている。しかし、衛生状態が悪い開発途上国において、母乳保育の代替策となる人工乳調製のための水や器具が汚染されている場合や人工乳購入が経済的に困難な場合には、免疫力を向上させる母乳保育の方が他の感染症への罹患を防ぐこと等により乳児死亡のリスクが低いという考えもあり、その地域における経済・衛生状態により方策を検討する必要がある。

中間目標 1 - 3
輸血による感染
リスクの減少

中間目標 1 - 3 輸血による感染リスクの減少

輸血によるHIV感染は1回のHIV汚染血液への暴露による感染しやすさの度合いから見ると性感染と比較して圧倒的に高いが、現在では血液中のHIV抗体検査手法が発達してきているため、頻度としては少なくなってきた

輸血による感染は感染度合いは高いが頻度は減少傾向。血液スクリーニング技術向上、問診強化などで安全な血液供給に努めるべき。

ている。しかし、HIV感染初期においては血液に含まれるHIVに対する抗体量がごくわずかであるため、現在の技術でも感染後6～8週間程度のウィンドー・ピリオドと呼ばれる期間はHIV抗体スクリーニングで感知できない期間であり、先進国においても100%のHIV汚染血液排除は不可能である。輸血血液のスクリーニングが不十分である開発途上国においては一層困難であり、**血液スクリーニング技術と精度保証・管理を徹底させること**のほか、**問診の強化などにより安全な血液の供給に努める必要がある。**

中間目標 1 - 4
麻薬注射による感染
リスクの減少

中間目標 1 - 4 麻薬注射による感染リスクの減少

麻薬注射行為者に対するHIV感染予防対策については、基本としては麻薬使用を止めるよう行動変容を促進することが不可欠である。現実的な対応策として、回し打ち行為防止のための使い捨て注射筒・針の普及、使用済み注射筒・針の交換事業や経口投与の麻薬依存治療とを組み合わせた事業を実施している国もある。しかし、日本をはじめとして各国では医療現場以外での麻薬利用は非合法であるため(不正麻薬使用にあたる)これら事業については援助国・被援助国政府とも支持が得られない場合も多い。

中間目標 1 - 5
有効なワクチンの
実用化
中間目標 1 - 6
有効な治療薬の
実用化

中間目標 1 - 5 有効なワクチンの実用化

中間目標 1 - 6 有効な治療薬の実用化

これまでにHIV/AIDSの治療は確立されていないものの、比較的研究が進んでいる日和見感染症診断・治療技術を当該国の現状に合わせるための研究やHIVの検査室診断を容易にするための研究、当該国におけるサーベイランスのためのHIV株の同定検査や、知識の普及、行動変容のための社会・文化・行動研究が実施されており、各経路による感染の減少に寄与している。治療薬やワクチン、社会・文化・行動研究等、官民協力や資金提供によりさらなる**研究開発**が必須となっている。

JICA の取り組み

JICAの協力の中心はHIV/AIDS 予防とコントロールであり、検査能力の向上を目的としたものが多い。

JICAのこれまでの協力は、HIV/AIDS予防とコントロールを目的とした**検査技術向上等**に対して集中的に行われてきた。特に研究所や病院等を無償資金協力等によって建設し、技術協力によりその国のHIVの基礎研究やHIV早期発見のためのテストキット開発支援、検査室診断促進のための支援を多く行い、HIV感染者の発見のための技術の向上を目標としてきた。また、無償資金協力では国家レベル検査室の確立の他に、タイにおいてコンドームの供与など性感染対策を中心とした協力も実施している。

ここで留意すべきは、開発課題体系図においては感染経路別に解説してきているものの、これまでJICAが実施してきた国家レベル検査室でのHIV基礎研究や検査室診断を促進するための検査手法の向上は最終的には検査機能の向上へとつながり、VCTの効果的実施や血液スクリーニング等に寄与していることである。**各感染経路の予防対策を進めると同時にこれら基礎的なHIV及び性感染症や日和見感染症の検査能力の向上が重要である。**

VCTでは検査能力の向上、カウンセリング能力やレファラル体制の強化が重要であり、NGOとの連携も視野に入れた総合的な案件形成が課題。

検査とその前後のカounselingが実施されるVCTにおいては、**検査能力の向上とともにカウンセリング能力やレファラル体制の強化も重要**となっている。カウンセラーの育成も1つの協力となり得るものであるが、未だ新しい分野であるため専門家など国内資源にも限りがあることに留意が必要である。検査とカウンセリングとは別にHIV/AIDSに対する人々の偏見を取り除き、受診行動を促進するための地域に対する教育・啓蒙活動や、特に感染者に対する受診後のサポート体制もVCTの成功に深く関わっているため、開発福祉支援や開発パートナー事業によるNGOとの協力等も念頭に置いた文化・社会的側面を考慮した総合的な案件形成が開発戦略目標2「HIV感染者、AIDS患者や家族等へのケアとサポート」とも関係して必要である。

感染を回避する行動を促す啓蒙活動については対象集団に適したメディアを選定してIECによる協力を実施することが必要。

感染を回避する行動を促すための啓蒙活動に関しては、ハイリスク・グループや青少年等を中心とし、対象とする集団と伝えるべきメッセージを明確にするとともに、各種メディアへのアクセス等を調査した上で、**対象集団に最も適したメディア**(年齢や職業等を同じくするピア・エデュケーター(Peer Educators)の活用、TV/ラジオ等のマスメディアの活用、演劇グループ等のフォークメディアの活用、学校教育の活用等)**を選定し、IEC**(Information Education and Communication)**による効果的な協力が必要**である。

**開発戦略目標2
感染者、患者や
その家族への
ケアとサポート**

【開発戦略目標2 HIV感染者、AIDS患者や家族等へのケアとサポート】

HIV感染を予防できず感染者となってしまった場合、いずれ訪れるAIDSや日和見感染症による身体的な苦痛のみならず、HIVに感染していることだけでも精神的な苦痛を受け、偏見や就業拒否等による社会的苦痛を被っており、生活の質が低下している状況にある。そのため、予防とともにこれらのHIV感染者、AIDS患者及びその家族に対し、**身体的のみならず、精神・社会的側面からの支援が不可欠**となっている。

図3 開発戦略目標2 「HIV 感染者、AIDS 患者や家族等へのケアとサポート」体系図

中間目標2 - 1 日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減			
指標： HIV 感染者、AIDS 患者のうち保健・医療サポートを受けている割合			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
医薬品の入手の容易化 医薬品の入手割合	抗 HIV 薬の供与 日和見感染症、性感染症にかかる薬剤の供給体制の構築(入手ルート確保、国内製造) × 安価な医薬品の研究開発支援 伝統薬の研究開発 抗 HIV 薬 / 基礎的薬剤の輸送システムの構築	23 12 10, 11 12	・ 性感染症・結核等に対する治療、 薬剤の供与(プロ技)
保健・医療機関へのアクセス向上 医療へのアクセス状況(HIV / AIDS を扱う施設数、受診者数) VCT 実施率	関係機関・地域との連携強化(VCT の実施) × 保健・医療施設の整備 × 巡回家庭訪問の実施 保健ボランティアの育成 × 保健医療費減免制度の拡充	12, 24 20	・ HIV 感染者の発見とレファラル (プロ技・開発福祉)
保健・医療の質の向上 医療機関における HIV/AIDS の知識をもつ保健医療従事者の勤務率	保健・医療サービス提供者の質の向上 ・ ガイドライン策定 ・ 保健・医療従事者への研修 ・ 消耗品の充実と調達体制確立 ・ 医療機器の充実と保守管理体制の確立 ・ 保健・医療施設の経営に関するマネジメントの向上 治療法・ケアに関する研究	1, 2, 8, 9, 12, 13 20, 23, 27, 28 1, 8, 9, 11, 20	・ ケアに従事する関係者への技術 の指導(プロ技・開発福祉・在外 研修) ・ 日和見感染症治療やケアの基礎 研究(プロ技)

中間目標2 - 2 HIV 感染者、AIDS 患者、家族などの人権擁護			
指標： 社会一般の HIV 感染者の受容度			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
精神的ケア・社会サービスの確保・拡大 VCT 実施率 保護団体数	× VCT の実施(活動詳細は中間目標1 - 1 の「VCT 促進」参照) サポート団体の充実及びネットワーク化 × 差別・補償に関する法的保護の整備	20, 23, 25	・ サポート体制の強化と組織の運 営(プロ技・開発福祉)
(経済的) 生活手段の確保 収入、就職状況 エイズ遺児の就学状況 保護団体数	× 企業に対する HIV/AIDS の理解促進 × HIV 感染者、AIDS 患者の家族に対する就業支援・職業訓練 × エイズ遺児に対する経済的支援の確立 × サポート団体の充実及びネットワーク化		
HIV/AIDS に対する正しい知識と理解の促進 地域住民の AIDS 理解度	地域住民への HIV/AIDS に関する健康教育 ・ 啓蒙活動 ・ 啓蒙活動のための教材 / マニュアルの開発と普及 ・ 保健ボランティア、保健推進員等が啓蒙活動をするためのシステム構築	4, 16, 17, 20 ~ 23 30	・ 健康教育と AIDS への偏見の除去 (プロ技・開発福祉・在外研修)

*「事例番号」は付録 1. の別表の案件リストの番号に対応

プロジェクト活動の例：	JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において比較的事業実績の多い活動 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績のある活動 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業においてプロジェクトの 1 要素として入っていることもある活動 × JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績がほとんどない活動
JICA の主たる事業：	実施例は数件であるものの、今後の先行例となりうる事業

中間目標2 - 1
日和見感染症を含む
身体症状による
苦痛の軽減

身体症状の軽減については、医療体制の整備、医療機関へのアクセス向上、医薬品入手の容易化が重要。結核との関連が深いため結核動向も注視。

JICAはHIV/AIDSとの関連が深い疾病に対する協力を多く実施。近年は結核対策と連携。

多種の抗HIV薬を併用する治療は依然として高価で、薬剤耐性等の問題もあるため、まずは日和見感染症に関する技術移転や薬剤供与を検討すべき。

中間目標2 - 1 日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減

身体症状による苦痛の軽減を図るためには、まず、国際機関、各国政府、産業界、地域社会との連携により、国際的戦略に裏付けられた国家対策の下で、**医療体制の整備、医療機関へのアクセス向上、HIV/AIDS関連医薬品入手の容易化等**を図ることが重要である。抗HIV薬による化学療法は、より安価な価格で薬品が入手可能となってきたものの、必要とされる薬剤コストは極めて高価であるため、日和見感染症の予防・治療に対する薬剤の供与が考えられる。また、今後ともHIV/AIDSや日和見感染症に対する治療のための研究は必要である。日和見感染症の中でも免疫状態の弱体化による結核の重複感染に対しては、結核菌を媒介することで感染を促進することにもつながるため、**抗結核薬供与による直接監視下短期化学療法(Directly Observed Treatment, Short-course : DOTS)**普及が検討されるべきである。また、AIDS患者発見の契機が結核感染であることも少なくないため、**結核の動向は注視**する必要がある。

JICAの取り組み

この中間目標に関しては、抗HIV薬の供与などHIV/AIDSに直接関わることには未だそれほど多くの協力は実施されていないが、日和見感染症や性感染症等のHIV/AIDSとの関連が強い疾病に対してはフィリピンにおけるプロジェクト方式技術協力をはじめとして多く協力が行われてきている。また、近年ではカンボディアやザンビアのように結核対策との連携を持つ案件が増えてきている。

その国のAIDS流行状況と資源制約の双方に留意したHIV/AIDSや他の感染症に対する協力を展開することが必要であり、主な協力となる研究開発や保健医療サービスの質的向上はこのことを十分に念頭に入れて検討する必要がある。

また、近年では国際世論の高まりを受けて開発途上国が安価に抗HIV薬を調達できるよう配慮する結果となり、以前に比べると医薬品が入手しやすい環境になった。それでも依然として多種の抗HIV薬を併用するHAARTには多大の費用がかかることや、副反応による治療の途中放棄、薬剤耐性の問題も存在するため、既に一部JICA事業として実施されているものの、無償資金協力や特別機材供与による抗HIV薬の供与に関しては今後とも議論が必要である。そのため、**身体的苦痛の除去のためには日和見感染症に対する確立された技術の移転や薬剤の供与等の協力がまず検討**されるべきである。

中間目標 2 - 2
HIV 感染者、AIDS
患者、家族などの
人権擁護

中間目標 2 - 2 HIV 感染者、AIDS 患者、家族などの人権擁護

HIV 感染者や AIDS 患者、AIDS 遺児または AIDS により何らかの影響を受けた人々のような、HIV/AIDS とともに生きる人々 (People living with HIV/AIDS) に対する支援の実施や問題解決のために、法整備も含め、保健医療システム、NGO も含めた保護団体の充実やネットワーク化等による**家庭や地域を巻き込んだ包括的なケア戦略の開発**も重要である。

HIV/AIDS とともに生きる人々の人権は必ず守られるべきものであり、差別や偏見をなくすため、健康教育を通じた一般民衆の HIV/AIDS に対する正しい知識の普及と理解の促進が重要な対策となっている。これらの**知識と理解の促進**が、AIDS とともに生きる人々の人権を守るために必要な規制・法律の制定や強化、また、彼らの VCT への受診行動を促進することにもつながる。

HIV 感染者には精神的援助、経済・社会的援助が必要。

この分野の対策では、**対象者ごとに支援の重点が異なる**。HIV 感染者には HIV 感染と向き合うための精神的な援助、また日常生活では他人への感染の危険性は少ないにも関わらず単に HIV 感染者であるだけで差別されるということなく他の住民と同様に仕事をして生活するための経済・社会的な援助に重点が置かれる。

AIDS 患者には身体的ケアも必要。

AIDS 患者については AIDS の病状が悪化するに従って長期間医療にかかることによる負担軽減のための経済・社会的支援のみならず、合併する日和見感染症の治療による身体的なケアも必要となってくる。

患者の家族には精神的、経済的、社会的支援が必要。

HIV/AIDS 患者の**家族**に対しては、地域社会での偏見や、稼ぎ手を無くした場合の経済的な支援に重点が置かれるなど、対象者や地域の特性によって重点とする活動を検討する必要がある。

JICA の取り組み

HIV 感染者、AIDS 患者や家族の支援についてはこれまでは実績が少ないが、NGO 等との連携が重要。

サブサハラ・アフリカ等、一般国民にも相当程度感染が拡大した国においては、HIV 感染者やその家族、彼らを支える地域社会に対するサポート体制を確立することが急務となっている。**この分野に対しては協力の歴史は浅く、それほど多くの協力は行われてきてはいなかった**。しかし近年はタイにおけるプロジェクト方式技術協力においてコミュニティにおける HIV/AIDS 対策活動の推進による精神・社会的ケアサービスの推進を図るとともに、患者ネットワークを構築し、ピアカウンセリングも実施している。また、開発福祉支援事業によるサポート団体の強化や一般大衆に対する健康教育のように NGO との**連携による協力が多く実施**されはじめている。

JICA の協力は、政府関係機関である先方実施機関の事業を側面支援する

とのスタイルが主流である。近年では「AIDS対策委員会」のようなハイレベルの事業調整機関が設置されている国も多いが、事業の実施への直接的な関与は限られている。従って、基本的に事業の実施主体は先方政府であることから、**人材がある程度そろい、実施能力の高いカウンターパート機関を選定することがプロジェクト運営上極めて重要**となる。また、実施主体がNGOである場合の連携では、**十分な能力を有するNGOを選定することが不可欠**である。特にこれまでの協力の実績からはJICAとしては未だ精神・社会的ケアサービスの確立したノウハウを持っているわけではない。その一方、コミュニティ単位で活動してきた数多くの国際・国内・地元NGOが存在しており、技術的にも高いところがある。高いHIV感染率を持つ国においては予防とともに本課題に対する協力は重要な位置づけとなるため、これらNGOをはじめとするサポート団体との協力の下で、時にはNGOと政府、国際機関等のネットワークの中心ともなって情報の共有に努めなくてはならない。

**開発戦略目標3
有効な国家レベルの
対策の実施**

【開発戦略目標3 有効な国家レベルの対策の実施】

HIV/AIDSを国家の重要課題として認識し、各国の実情に応じた国をあげての対策が重要であるが、その有効な国家対策の実施のため、**国家戦略や実施計画の策定、行政組織の運営管理能力の強化が必要**となっている。

**中間目標3 - 1
適切な国家対策
戦略の策定**

中間目標3 - 1 適切な国家対策戦略の策定

国連エイズ特別総会のコミットメント宣言⁴では2003年までにセクターを超えたHIV/AIDSの国家対策及び予算案の策定が目標とされている。また、HIV/AIDSの予防、ケア、処置、支援等の一連の措置や影響緩和のための優先措置を、貧困削減計画、国家予算配分、保健分野開発計画の中に重点として組み入れるべきとされている。これらを踏まえつつ、効率的な行政組織強化を進め、その国の現状に適したHIV/AIDSに関する国家対策の戦略を策定する必要がある。

適切な戦略策定のためには現状把握のための情報整備が必要。

適切な戦略を策定するためには現状把握のための情報整備が必要である。国家のHIV/AIDS関連情報、特に疫学統計の整備に必要な協力としては、質・量の両面から見たHIV **検査能力の向上と疾病発生動向調査(サーベイランス)の強化**が挙げられる。サーベイランスは、対象地域におけるHIVの蔓延状況を明らかにし、様々な対策立案の基礎となる情報を提供する重要な役割を有している。

⁴ United Nations(2001)

図4 開発戦略目標3 「有効な国家レベルの対策の実施」体系図

中間目標3 - 1 適切な国家レベルの対策の策定			
指標： 国家戦略の実施可能性の検証結果、 アクション・プランの実施可能性の検証結果			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
政治的コミットメントの確立 国内外での各種取り組みへの認知度	× 国際的な合意、国家の現状、国家開発計画の内容、国民のニーズ等を踏まえた保健セクタープログラムの策定 国家の現状、国民のニーズ、上位計画との整合性等を考慮した HIV/AIDS 対策プログラムの策定 × 実施体制の状況と、予算配分を踏まえた基本戦略(ストラテジー)と実施計画(アクション・プラン)の策定 × HIV/AIDS 予防や人権擁護にかかる法的整備 × セクター間にまたがる機関の確立と機能化	4, 20	政策やプログラムの現状分析(プロ技)
HIV/AIDS 感染実態・経路の把握 HIV 感染者の感染経路情報の整備状況	× Health Information System の確立(保健・医療情報を用いた運営管理能力の向上) 国内 HIV/AIDS 疫学統計(サーベイランス・システム等)の整備 検査・診断体制の整備	1 ~ 3, 5, 7, 8 11, 12, 14, 15 2 ~ 6, 8, 10, 31, 32	・ 統計の整備と分析体制の構築(プロ技) ・ 検査・診断技術向上のための研究開発(プロ技)
HIV/AIDS の経済・社会的要因の把握 HIV/AIDS 資料による適切な問題把握	HIV/AIDS の経済・社会的要因の調査研究 × ジェンダー分析の実施	4	AIDS 実態把握のコホート研究(プロ技)
HIV/AIDS の経済・社会的影響の把握 HIV/AIDS による生産力の低下資料の整備	× HIV/AIDS の経済・社会的影響の調査研究		
政府関係者の HIV/AIDS への偏見の減少 政府関係者の HIV/AIDS に対する問題意識	× 政府関係者への HIV/AIDS 問題理解のためのセミナー		

中間目標3 - 2 HIV/AIDS 対策運営管理能力の向上			
指標： アクション・プランの進捗状況、 行政監査担当省庁による(内部・外部)評価結果			
中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
HIV/AIDS 対策のための中央保健医療行政組織の強化 中央政府の HIV/AIDS 対策体制	× 中央省庁行政官の育成 × 所轄業務の明確化		
HIV/AIDS 対策のための地方保健医療行政組織の強化 地方政府の HIV/AIDS 対策体制	地方行政官の育成 × 保健行政の地方分権化支援	13, 20	・ 地方検査室の技術向上(プロ技)
HIV/AIDS 対策の国内・国際的ネットワーク強化 国内・国際的情報網のアクセス状況	南北・南南協力体制の構築 国際機関・NGO 等とのパートナーシップ強化 国内における協力体制の構築	11, 32 2, 8 13, 20, 28	・ 他の協力や NGO との連携による包括的な対策(プロ技・開発福祉・在外研修)

中間目標3 - 3 保健財政の適正化

指標： 国家予算に占める保健医療分野の割合、 保健医療分野に占めるHIV/AIDS分野予算の割合、 他セクター予算に占めるHIV/AIDS対策部門の割合

中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	事例番号*	JICAの主たる事業
保健歳入の拡大	× 保健予算拡大を含む国家財政配分の計画策定 × コモンバスケット等による財政支援		
国家予算に占める保健医療分野 予算の割合 援助資金によるHIV/AIDS対策への投入			
保健財政配分の見直し及びプライオリティ付け	× 保健セクターの全体計画と予算配分計画、中期支出計画策定支援 × 各サブセクターや地方への適正かつ効率的な財政支出や予算執行に関する協力 × 会計検査の徹底による予算運用の適正化		
保健医療分野予算に占める HIV/AIDS 分野予算の割合			

*「事例番号」は付録 1. の別表の案件リストの番号に対応

<p>プロジェクト活動の例：</p> <p>JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において比較的事業実績の多い活動 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績のある活動 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業においてプロジェクトの1要素として入っていることもある活動</p> <p>× JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績がほとんどない活動</p> <p>JICA の主たる事業：</p> <p>実施例は数件であるものの、今後の先行例となりうる事業</p>

3つの流行区分

一般人口中のHIV感染率1%以上(拡大流行)
特定集団のHIV感染率5%以上、一般人口中の感染率1%未満(限定流行)
どの集団においても感染率5%未満(低流行)

なお、UNAIDSは国・地域のサーベイランス戦略を立てる際の指針として、便宜的に3つの流行区分を定めている⁵。すなわち **一般人口中のHIV感染率が1%を越える拡大流行、** **少なくとも1つの特定集団においてHIV感染率が5%を越えているが、一般人口中では1%を越えない限定流行、** **どの集団においても感染率が5%を越えない低流行**であり、各流行区分に重要な指標を策定している。この流行区分により特定集団を対象とするか、一般人口全体を対象とするか、戦略検討時の1つの重要な資料として活用することができる。また、サーベイランス結果は地域・対象のみならず、対策のアプローチ手法や対応についてもより効果的に対策を進めるために有効である。

中間目標 3 - 2
運営管理能力の向上
中間目標 3 - 3
保健財政の適正化

中間目標 3 - 2 運営管理能力の向上

中間目標 3 - 3 保健財政の適正化

上記のように策定されたHIV/AIDS対策を成功させるためには、国内のHIV/AIDS関連情報を収集し、情報を基にした適切な対策方針を立案し、実施、管理を行う一連の**プロセスづくり**と中央政府、地方政府や国内外関係組織の職員の育成との**連絡体制づくり**が柱となる。現在HIV/AIDS分野には多くのドナーが協力を実施しており、それらの協力を重複なしに有効的に活用するためにも、被援助国の受入能力向上が必要となっている。

また、対象国がHIV/AIDS問題の重要性を認識することによりコミットメントを増加させ、HIV/AIDS対策に対する適切な予算の計上に努めなくてはならない。

JICA の取り組み

JICA は国家レベルの検査室強化や国家対策への助言を実施。

国家レベルの対策を推進する際の問題点としては、サーベイランスや調査の不足による疫学統計等の情報システムの未整備などのために当該国におけるHIV/AIDS問題の実際の姿が把握されていないことや、現状が把握されているにもかかわらず対策策定やその実行が進んでいないことが挙げられる。これまでJICAでは、**タイやケニア等での国家レベルの検査室を強化し、確認検査のための高度な検査技術の確立とHIV/AIDSに関する研究の推進を図ってきた**ほか、**国家レベルの対策の推進への助言を実施**している。

協力のポイント：

- ・サーベイランス体制の構築
- ・経済的制約を踏まえた対策プログラムの構築
- ・援助協調

前述したような基幹検査室を最上位とし、末端には適切な情報を収集できる技術を持つ地方検査室を配した**レファラル・システム**を構築し、流行状況の把握等を行える**サーベイランス体制を構築することが国家レベルの**

⁵ UNAIDS(2000)pp23 - 27

対策を進めていく上で必要である。加えて重要なのは、対象国・地域による経済的制約に合わせて適切に実施できる国家レベルの対策のプログラムを構築することである。プログラムが既に立ち上げられている場合には、AIDS対策調整機関(多くの場合、省庁間をまたがる高次の調整機関)の動きをフォローし、それぞれの国家プログラムとの整合性を常に確保して案件形成・運営を行っていくことが肝要である。

また、HIV/AIDS問題は巨額の資金を必要とするだけでなく世界規模の問題であり、各地域ではドナー協調が進められているため、国家対策のみならず援助調整・協調については留意し、この分野の協力を実施している機関と密接に連携することが重要である。

JICAの重点

予防とコントロール

- ・啓蒙活動
- ・性感染症の早期診断・治療
- ・治療・検査手法の研究

2 - 3 - 3 JICAの重点項目

(1) HIV/AIDS 予防とコントロール

HIV/AIDS対策は、基本的にはその国の問題点を早期に把握し、ターゲット・グループを特定して効果的な投入を行うことが望まれる。有効な治療法が存在せず、世界人口の99%以上がHIVに感染していない現段階においては、HIV感染を減少させること、つまり**予防対策が重要**である。

HIV感染経路の多くを占める性感染に対する対策では、CSWやトラックドライバー等のいわゆるハイリスク・グループや性行動が活発になる青少年を中心とした集団に対する安全な性行動の啓蒙活動、HIV感染者のほとんどが自らのHIV感染を認識していないことから、**HIV感染者発見のための検査技術向上・システム強化及びHIV感染と関連がみられる性感染症の早期診断・治療のための技術的協力**が、これまでの協力の実績があり、今後も重点として実施するべき対策である。また、**対象国のリソース、社会文化的背景等の現状にあわせたこれら性感染症の治療・検査手法等の研究**を推進することも重要である。

HIV/AIDS問題が顕在化している地域においても予防対策は重要であるが、現状としてHIV感染率が低位で、今後感染の増加が見込まれる地域においては、感染爆発を未然に防ぐためにも予防を重点項目として協力を実施する必要がある。

(2) HIV感染者、AIDS患者や家族等へのケアとサポート

開発途上国の協力終了後の自立発展性やJICAの活用可能な資源を念頭に入れると、抗HIV薬の供与等は薬剤耐性の問題など今後ともさらなる議論が必要である。限られた資源による協力を検討すると、既に治療法が確立されている日和見感染症や合併症に対する**医療的サポート**や、AIDSに

ケアとサポート

- ・ 医療的サポート、保健・医療従事者への教育
- ・ 機材供与、保健・医療従事者の技術向上
- ・ 啓蒙活動
- ・ NGO等とのネットワーク構築
- ・ 法整備

国家レベルの対策

- ・ 情報整備
- ・ 政策助言
- ・ 運営管理能力向上

留意事項

- ・ AIDS 流行状況と資源制約に応じた対応
- ・ 影響分析に基づいた対策
- ・ 弱者配慮
- ・ 他の援助機関との協調
- ・ 国内資源の育成
- ・ 他分野における協力の HIV/AIDS 問題に対する影響配慮

かかわる**保健医療従事者の教育**によって、医療ケアにかかっている患者等の生活の質の改善や苦痛の軽減を目指すことが効果的である。取り急ぎ HIV/AIDS や日和見感染症に対する現在手に入る最も適切な医療の提供のため、管理体制を確認した上で**必要機材を供与**する必要がある。

精神的、社会的な協力については HIV/AIDS の正しい知識の啓蒙活動のほか、社会的に幅広く、コミュニティレベルでのきめ細かい協力となるため、**NGO 等の組織のネットワーク構築や中央政府に対する法整備への働きかけ等**が必要である。

この分野に対する協力は HIV/AIDS がまだ大きな問題とされていない国でも重要であるが、既に一般人口までに HIV/AIDS が拡大し、十分に予防対策が取られている国に対しては予防対策とともに協力を検討するべきである。

(3) 有効な国家レベルの対策の実施

中央政府によるコミットメントは HIV/AIDS 対策を進めるにあたって重要であるため、政策決定にかかる行政官への働きかけを通し、HIV/AIDS 問題の優先順位を高め、コミットメント確立のための**国家計画への HIV/AIDS 問題の組み込み**を目指す必要がある。既に HIV/AIDS の重要性を認識しているのであれば、国内の情報網を整備し、的確な情報を収集できる**サーベイランス・システムの構築協力**が重要である。

国家レベルの対策は国内における HIV/AIDS 対策の根幹ともいえる部分であるため、国家プログラムが策定されていなければ策定のための**情報分析・政策アドバイス**等の協力を、適切な国家プログラムが策定されている場合にはそのプログラムに沿った形式で**運営管理能力向上のための研修、情報インフラの整備等**の実施が望まれる。

3. 今後の協力に向けて

JICA が HIV/AIDS 問題に対する協力を実施するにあたっての留意事項は以下の通り。

国によって HIV/AIDS 問題点は異なっており、JICA としては**対象国・地域の AIDS 流行状況と資源制約の双方に留意した協力**を展開する必要がある。しかし、繰り返し述べているように、HIV/AIDS 問題の対策の根幹は HIV の感染を予防することにあるため、現在の開発途上国の自立発展性を考慮した予防を重点とした協力を実施することが重要である。

HIV/AIDSの影響の大きい国においては感染者等に対する支援体制の強化が同様に重要となってきた。そのためにはまず、各国のHIV/AIDSによる影響を分析し、**対策の枠組みの中で不足している分野を明確化することが必要である。**

HIV/AIDSは老若男女、富める者も貧しい者も区別無く問題となるが、開発途上国においては女性、若年成人、子ども、中でも特に少女が影響を受けやすい。このことを念頭に置き、**弱者に対し支援が届くような影響を与える協力を検討する必要がある。**

国際的な枠組みの策定が進行しており、各援助機関の投入が多くなっていることから、必要とされる協力の中で**他援助機関との連携・協調**を通して、その国に対するHIV/AIDS対策全体を把握した上でのアプローチの検討が望まれる。

技術協力案件の形成で問題となるのは日本側リソースの不足である。専門家個人のみでなく、公的・私的セクターを問わず組織としてHIV/AIDS対策に関わるノウハウを有する**国内機関との協力や育成**が必要である。

保健医療分野以外で協力を実施した場合に、保健医療に関する検討がなされずに悪影響が及ぶ場合がまれに存在する。男女格差や貧困の軽減を図る場合など、HIV/AIDS問題に**何らかの影響を及ぼしかねない場合においては常にその影響を検討する必要がある。**

付録 1. 主な協力事例(HIV/AIDS 対策)

JICAのHIV/AIDS分野における既存の協力メニューとしては、プロジェクト方式技術協力による国家レベルの検査室でのHIV検査技術の協力やレファラル・システム構築や、無償資金協力による国家レベル研究機関の設立、開発福祉支援による草の根レベルの健康教育やHIV感染者・AIDS患者に対するケアやサポート集団の強化などが挙げられる。(事例については別表「HIV/AIDS対策関連案件リスト」参照。)

JICAのHIV/AIDS分野における主な協力メニューについてその特徴と課題について下記に概要を述べる。

検査・診断技術向上 のための研究協力

1990年代半ば以降に中核的検査室を持つ施設におけるHIV/AIDSの検査手法向上を目的としたプロ技が立ち上がる。

今後の協力のポイント:

- ・ 地方検査室の検査技術向上への貢献
- ・ 他の感染症対策と組み合わせた協力
- ・ 関係機関との情報共有

1. 中核的検査室等を中心とした検査・診断技術向上のための研究協力(プロジェクト方式技術協力/無償資金協力/専門家派遣).....事例1～14

HIV/AIDS分野に対する協力は未だ歴史が浅く、ガーナやケニアにおいて無償資金協力によって建設された研究所で感染症分野に対して技術協力を行っていたところに、HIV検査の強化を目的として協力を開始したことから発している。HIV/AIDS対策を中心とした協力(事例1～4)は1993年度にタイにおいてAIDSに対する試験分析の研究の強化・AIDSに関する大衆教育を要請されたことから本格的に開始された(事例1)。

1990年代中盤以降は感染症分野のプロ技が多く開始されたが、その一連の協力の中では、フィリピン、ザンビア、ブラジルにおいて見られるように、中核的検査室を持つ施設におけるHIV/AIDSの検査手法の向上等を目的としたプロ技が多く立ち上がった(事例2、8、9)。また、沖縄感染症イニシアティブ等の動きを受けてHIV/AIDSのみならず結核やその他の感染症・寄生虫症との組み合わせによる協力を実施する傾向が多く見られている。

各プロジェクトの協力内容を見ても、いずれも国家レベルの研究所や検査室におけるHIV検査能力の向上のための研究が主となっているものの、安価で容易にできる検査技術開発などの応用によって地方検査室の検査技術の向上に大きく貢献してきているプロ技もある。特に自立発展性を考える上では有意義である安価なスクリーニング・診断検査キットを現地生産するまでに至ったケニアは特徴的な案件の1つである(事例10、11)。また、血液スクリーニングに関する対策をより効果的に立案するため、主

要医療機関の献血等に関する基礎データを収集する在外開発調査を実施した(事例14)。

また、前述のとおり近年ではHIV/AIDSのみならず他の感染症・寄生虫症も大きくクローズアップされてきており、これらの**感染症と組み合わせた協力は今後とも増えていくもの**と考えられる。

研究協力に関してはこれまで検査部門に対して多く協力してきているが、タイにおいてはワクチン評価のための体制づくりが行われているなど(事例4)、**協力対象も広くなりつつある**。世界的に見ても研究開発は多くの機関が実施していることから、今後とも**世界的な情報を入手するとともに協力機関や研究機関同士の情報の共有等に努めることが重要**である。

検査機能向上と
予防促進

検査機能の強化に資する機材や試薬の供与やコンドームの供与が中心。
抗HIV薬の供与は薬剤耐性等の問題もあり議論が必要。

2. 検査機能向上と予防の促進(無償資金協力/特別機材供与)
.....事例6、15～19

これまでガーナ野口記念医学研究所、タイ国立衛生研究所、ケニア中央医学研究所など、無償資金協力によってその国の保健医療分野の高度研究機関を整備してきている。これらはHIV/AIDSのみならず他の感染症等に関しても研究を実施し、技術協力によって人材育成も行っている機関である。

近年では新たに施設を建設するよりは、これまでに建設・機能強化してきた研究所の機材修理を行うなどの改善の動きが多くある。また1996年度に開始されたエイズ対策・血液検査特別機材供与によって毎年数カ国に血液スクリーニングキットや検査試薬等を供与することで検査機能の向上等に寄与しているものがある(事例15～18)。

このように多くの国ではエイズ対策用の機材供与は検査用機材の供与が多いものの、2000年度にベトナムで実施された無償資金協力(事例19)では、このような検査用機材のほかにHIV感染を防止するための700万個を超えるコンドームを供与した。

今後とも検査用機材やコンドーム等の供与が中心となっていくと考えられているが、母子感染に有効だと考えられている**抗HIV薬の供与等は薬剤耐性等の問題もあり、引き続き議論が必要**である。

患者・家族への
支援、健康教育

3. 地域に密着したHIV感染者、AIDS患者や家族等への支援体制の強化や健康教育による理解の促進.....事例20～26

身体症状の緩和に対する協力については、性感染症を中心とした中核的施設や地方施設における保健医療サービス提供者の質の向上やサービス自

ケア・サポートを中心とした協力の実績は少ない。事例としてはタイのプロ技やNGO連携案件がある。今後はNGOとの連携案件をモデル化するなどを要検討。

体の研究が多く行われてきたが、予防に対する協力と比較すると未だ多くは実施されてきていない。ケアとサポートに対しての協力としては、1998年に開始されたタイでのプロ技(事例20)が挙げられる。この案件は、AIDS患者との社会的共存が可能なケアシステムまで包括した対策の必要性に鑑み、HIV/AIDSの予防とケアのプロセスモデルを開発・普及することを目的としたものである。近年ではその国のNGOと連携した開発福祉支援事業によってAIDS患者を持つ家族に対するエンパワメントや青少年に対するピアエデュケーションを図りHIV/AIDSに対する知識の普及等に努めている事例がある(事例21～26)。

HIV/AIDSの協力はこれまで繰り返して説明してきたように予防活動が中心となっている。しかし、HIV感染者やAIDS患者の増加が見られる国が多くなっており、そのような影響を受ける人々にとって社会的なサポートや周囲の理解は重要な問題である。これまで事例が少ない分野であるために、開発福祉支援や草の根無償資金協力等の方式にて現地で活動するNGOの地域に密着した活動を支援し、成功したものは全国展開に向けることも考えられる選択肢であるため、今後とも**開発福祉支援をはじめとして協力を実施し、協力のモデルを策定するなど試行錯誤が必要**である。

研修事業による協力の展開

これまでの検査等に関する協力の成果を在外研修で普及させることで効率的な協力が可能になる。本邦では中核的人材の育成を展開できる。地域を超えてHIV/AIDS対策成功国から成功事例を得る協力も要検討。

4. 研修事業による協力の展開.....事例27～32

フィリピンにおいては1996年度から現地国内研修を、翌1997年度からはアジア・大洋州諸国を対象としてHIV/AIDS診断や日和見感染症診断に対しての第三国研修を実施している。フィリピンではプロジェクトにて整備され、ナショナルセンターとして認定されたエイズ・性感染症中央共同ラボラトリーにおいてHIV/AIDSの検査室診断に関する研究を実施してきた実績があり、その技術を広く国内、近隣諸国に広めることとなった。また、ケニアにおいても1999年度より、アフリカ東南部諸国の検査技師に対して、HIVとB型肝炎ウイルスの血液スクリーニング検査に関する第三国研修を実施している。

日本においてもプロジェクトのカウンターパート研修員受入れのほか一般特設研修等の実施により、HIVの検査室診断技術の向上や、多様な国からの研修員受入れによる世界的な連携の確立を進めている。

このように本邦においてはわが国の知見・経験に加えて、自国で応用可能な最新の技術を研修することにより、対象国の中核的な人材を育成することが可能となる。在外においても、**これまでの国家レベルの研究室・検査室への協力によって検査や診断に対する成果が出てきているため、その成果を在外研修により当該国内や同じようなHIV/AIDS問題を抱えた国々**

に移転することで、より効率的にHIV/AIDS対策の協力を実施できるものと考えられる。その際HIV/AIDSは地球規模レベルの問題であるため、近隣諸国のみならず**対策成功国から成功事例を積極的に得られるように地域を越えた協力も検討されるべき**であり、成功事例を応用した上で以降の対策の弾みになることを期待したい。

別表 HIV/AIDS 対策関連案件リスト(代表事例)

No	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
1. 中核的検査室等を中心とした検査・診断技術向上のための協力(プロ技、無償資金協力、専門家派遣)						
1	タイ	エイズ予防対策	1993.7 ~ 1996.6	プロ技	1 - 1, 1 - 2, 2 - 1, 3 - 1	1984、1985年の無償資金協力によって建てられた国立衛生研究所(NIH)を中心として、診断技術の向上等研究機能強化。地域保健の側面からの村落住民を対象とした移動健康教育及び県病院におけるユニバーサル・プリコーションの調査ならびに対策指導を実施した。終了後に国立衛生研究所機能向上プロジェクトとエイズ予防地域ケアネットワークプロジェクトへ活動が二手に分けられた。
2	フィリピン	エイズ対策	1996.7 ~ 2001.6	プロ技	1 - 1, 2 - 1, 3 - 1, 3 - 2	USAIDとの日米協調により形成された案件。エイズ・性感染症中央共同ラボラトリー(SACCL)におけるSTI/AIDSにかかる検査室診断能力向上と公衆衛生診療所におけるHIV/AIDS 予防教育能力を向上を目的とした。
3	フィリピン	ウイルス学	2001.7 ~ 2002.6	専門家派遣	3 - 1	プロ技にて完成されたSACCLの本格的稼働のための安全管理の徹底、ウイルス検査機能の向上と検査キットの開発のための指導。
4	タイ	国立衛生研究所機能向上	1999.3 ~ 2004.2	プロ技	1 - 1, 1 - 5, 1 - 6, 2 - 2, 3 - 1	エイズ予防対策プロジェクトの結果を踏まえ、NIHにおいて実施。HIV/AIDS や他の新興・再興感染症に対する研究環境の整備。AIDS ワクチン開発に必要な基礎研究能力の向上への取り組み。HIVデイクアセンターに集まる感染者の登録と血液採取を通じ、HIVの病原性に関わる研究を実施。
5	ガーナ	野口記念医学研究所	1991.10 ~ 1996.9	プロ技	3 - 1	1977、1978年度無償資金協力による研究所の新設。1986年からのフェーズ1による協力・研究成果の保健医療行政への反映。HIV 実験室診断法の確立と疫学的調査研究の実施。
6*	ガーナ	野口記念医学研究所改善計画	1997.1998	無償	3 - 1	HIV/AIDS等の感染症対策研究の実施のための、高安全水準実験施設、実験室機材、実験動物用機材、既存機材修理。
7	ガーナ	野口記念医学研究所感染症対策	1999.1 ~ 2003.12	プロ技	1 - 1, 3 - 1	無償資金協力との連携。HIV/AIDSの疫学的・病因学的研究。妊娠可能女性における性感染症の実験室診断技術の向上。国際寄生虫対策の一環として第三国研修が野口研において実施される予定。
8	ザンビア	感染症対策	1995.4 ~ 2000.3	プロ技	2 - 1, 3 - 1, 3 - 2	公衆衛生検査室におけるウイルス性感染症診断の強化。HIV、ポリオ、麻疹、AR(急性呼吸器感染症)に対するサーベイランス・システムの強化。ニュースレター発行による外部広報やWHO等の国際機関との情報交換の推進。
9	ブラジル	カンピーナス大学臨床研究	1997.4 ~ 2002.3	プロ技	2 - 1	真菌による日和見感染症、小児免疫不全について研究協力の実施。ブラジル政府によるカンピーナス大学のAIDSセンター設立。
10	ケニア	感染症プロジェクトフェーズ2	1996.5 ~ 2001.4	プロ技	1 - 2, 1 - 3, 2 - 1, 3 - 1	HIV/AIDSに関する基礎研究の実施。HIV/AIDS、ウイルス性肝炎にかかる血液スクリーニングキットの開発及び現地生産に至る研究の成果の実用化。抗HIV活性を持つ薬草のスクリーニング。母子感染予防法の確立。
11	ケニア	感染症及び寄生虫研究対策	2001.5 ~ 2006.4	プロ技	1 - 3, 2 - 1, 3 - 1, 3 - 2	HIV/AIDS・肝炎をはじめとした血液安全性や伝統医学に対する基礎研究。研究協力の実績による血液スクリーニングキットの開発。インターネット等コンピュータを通じた情報ネットワークの構築。国際寄生虫対策の一環として第三国研修の実施予定。
12	カンボディア	結核対策	1999.8 ~ 2004.7	プロ技	2 - 1	無償資金協力との連携、HIV/結核二重感染の配慮、結核患者のHIV血清検査の実施。WFPの食料配給をインセンティブとしたDOTSの普及拡大。
13	ザンビア	エイズ及び結核対策	2001.3 ~ 2006.3	プロ技	2 - 1, 3 - 1, 3 - 2	HIV/AIDS及び結核サーベイランスに関する中央検査室での検査技術の向上。HIVの遺伝的特徴・薬剤耐性の調査。HIV/AIDS/結核ワーキンググループ等との定期的な運営会議の実施。IPPF加盟のザンビア家族計画協会との連携。
14	ケニア	輸血血液供給計画調査	2001	在開調	1 - 3, 3 - 1	ケニア全土を対象に250以上の主要医療機関の献血、スクリーニング、輸血の実情を調査。今後の感染症対策と政策立案のための基礎データを作成。

*「検査機能向上と予防の促進」も含む。

No	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
2. 検査機能向上と予防の促進(無償資金協力、特別機材供与)						
15	フィリピン	エイズ対策・血液検査 特別機材供与	2000	機材供与	1 - 1, 1 - 3, 3 - 1	HIV 検査用試薬、B・C型肝炎/マラリア検査キット、検査器具、記録集計用機械等の供与による中核的検査施設及びサーベイランス検査室における検査体制の強化。
16	ミャンマー	エイズ対策・血液検査 特別機材供与	2000	機材供与	1 - 3, 2 - 2	安全な血液供給の確保を目的とした、スクリーニング用HIV抗体検査試薬等の供与。
17	南アフリカ	エイズ対策・血液検査 特別機材供与	2000	機材供与	1 - 1, 2 - 2	車両、コンピュータ、液晶プロジェクター、ビデオ、カメラ等、地域における啓蒙教育用機材の供与
18	タンザニア	エイズ対策・血液検査 特別機材供与	2000	機材供与	1 - 1	HIV抗体検査試薬、梅毒検査用試薬等の供与による病院等での検査機能の強化
19	ヴェトナム	エイズ防止計画	2000	無償	1 - 1, 1 - 3	血液スクリーニング機能の強化とHIV性感染の予防を目的としたコンドーム、検査・スクリーニング機材、採血用車両、啓蒙活動用車両、視聴覚機材、データ処理用パソコンの供与。
3. 地域に密着したHIV感染者、AIDS患者や家族等への支援体制の強化や健康教育による理解の促進						
20	タイ	エイズ予防地域ケア ネットワーク	1998.2 ~ 2003.1	プロ技	1 - 1, 1 - 2, 1 - 3, 2 - 1, 2 - 2, 3 - 1, 3 - 2	HIV感染を予防することと同時に、感染者に対しての全人的ケア提供のための包括的モデルづくり。AIDS対策において先進的な北タイにおける経験を、タイ国内他地域、さらに他国へ活用できる方法論の確立。
21	タンザニア	ダルエスサラーム郊外における青少年のためのリプロダクティブ・ヘルス及び職業訓練計画	1999	開福祉	1 - 1, 1 - 2, 2 - 2	ピアカウンセリング等青少年に関する啓蒙普及等を通じた健康状態改善、望まない妊娠の削減、性感染症の予防及び感染率の低下。
22	ジンバブエ	青少年のためのリプロダクティブ・ヘルス	1999	開福祉	1 - 1, 2 - 2	安全な性交渉に関して、青少年同士の啓蒙活動に関して計画、実施等を促進し、STI/HIV感染率の減少を目標。
23	タイ	北部タイ・コミュニティ組織エイズ予防とケア	2000	開福祉	1 - 1, 2 - 1, 2 - 2	プロ技とも連携した地域社会・家族のHIV感染者の受入れ体制の整備及びAZTパッケージ配布による母子感染予防強化。青少年に対するHIV/AIDS予防活動の実施。
24	メキシコ	ストリートチルドレンのための性の健康プロジェクト	2000	開福祉	1 - 1, 2 - 1	ストリートチルドレンを対象とした性に関する状況調査と情報提供等を目的とした教育プログラムの実施。必要に応じた統合的なケア、治療への誘導。
25	南アフリカ	青少年HIV/AIDS教育プロジェクト	2000	開福祉	1 - 1, 2 - 2	教育活動を実施する青少年リーダーの育成と教会における予防啓蒙活動。AIDS患者を家族に持つ青少年や遺児に対するエンパワメント。
26	ザンビア	HIV/ハイリスクグループ啓蒙活動	2000	開福祉	1 - 1	トラック運転手及び性産業従事者への啓蒙普及によるSTI/HIV感染の予防。日米コモンアジェンダによる連携でUSAID支援のNGOとの連携を実施。
4. 研修事業による協力の展開						
27	フィリピン	HIV感染エイズによる日和見感染症の実験室診断技術	1997 ~ 2001	三国研	2 - 1	アジア・太平洋地域の医師を対象とし、HIV/AIDSや日和見感染症診断のための教育と検査・診断技術の向上。
28	フィリピン	エイズ診断及び管理	1996 ~ 2005	現地研	2 - 1, 3 - 2	医師、看護師、ソーシャルワーカー、検査技師のチーム対象とした、AIDS等の検査、診断及び管理に到るまでの一貫したケア能力の向上。
29	ケニア	血液スクリーニング検査	1999 ~ 2001	三国研	1 - 3	ケニア中央医学研究所(KEMRI)にて確立した血液スクリーニングの技術を周辺の東南部アフリカの国々にも移転。
30	ケニア	HIV/AIDSカウンセリング	2001 ~ 2003	現地研	1 - 1, 1 - 2, 2 - 2	ケニア医療技術短期大学(KMTC)と協力し、地方部におけるエイズ啓蒙活動とVCT活動を促進。
31	西太平洋・南東アジア・アフリカ	エイズのウイルス感染診断検査技術	1993 ~	一般特設	3 - 1	HIVの的確なウイルス学的診断を目標としてサーベイランス、HIV診断技術、日和見感染症診断技術を移転。
32	複数国	AIDS/ATL対策セミナー	1998 ~	一般特設	3 - 1, 3 - 2	AIDS/ATL(成人T細胞白血病)対策にかかる疫学、サーベイランス、診断技術移転をとおし、AIDS対策にかかるグローバルな連携確立を促進。

本表の「中間目標」欄の数字は開発課題体系図の中間目標の数字に該当する。

本表の「形態」に関する略語は以下の事業形態を示す。

プロ技：プロジェクト方式技術協力	無 償：無償資金協力	在開調：在外開発調査
開福祉：開発福祉支援	三国研：第三国研修	現地研：現地国内研修

付録 2. 基本チェック項目(HIV/AIDS 対策)

以下は、HIV/AIDS 問題の現状や度合いを知るために用いられる指標のうち代表的なものである。
HIV/AIDS の現状を正確に知るためには、この他にも様々な保健指標や国際協力を始めるにあたって把握しておくべき経済・社会的要因などが多く存在するが、ここでは比較的手しやすく重要なものに限定して提示している。

チェック項目 / 指標	単位	計算方法	備 考
(HIV/AIDS 関係)			
1 HIV 感染者数(年齢別、男女別) Number of people living with HIV	人		<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV感染者、AIDS患者数を合わせた数値(Number of people living with HIV/AIDS)も利用されることが多い。 ・ HIV感染者・AIDS患者・死亡者数については感染爆発等のモニタリングのためにも、流行開始時期(Epidemic started)、年次推移(新規 HIV 感染者数: People newly infected with HIV)と増加率等流行の推移についても留意が必要である。 ・ 死亡者数については当該国における死因順位も検討する。 ・ HIV 感染者数、AIDS 患者数は絶対値のみではなく、対人口比率も検討が必要である。
AIDS 患者数(年齢別、男女別) Number of people living with AIDS	人		
2 AIDS 死亡者数(年齢別、男女別) Deaths due to HIV/AIDS	人		
3 感染経路別 HIV/AIDS 割合 Ratio of node(s) of transmission for people living with HIV/AIDS	%	各経路別感染者数 / 全感染者数	感染経路としては大きく分けると、異性間性行為、同性間性行為、母子感染、静脈注射薬物濫用、輸血・血液製剤等に分類ができる。
4 AIDS 遺児数 AIDS orphan	人		
5 性感染症罹患率 Prevalence of Sexually Transmitted Infections(STI)	%	性感染症罹患患者数 / 対象人口	梅毒、クラミジア感染症、淋病等の HIV/AIDS と関連の深い感染症については、感染者は HIV/AIDS に対するハイリスク・グループとみなされるため、高頻度の HIV 感染率が観察されることがある。
6 推定結核患者数 Estimated number of Tuberculosis Patients	人		結核は日和見感染症の1つでもあり、結核患者に対する検査が HIV 感染者発見の糸口となることがある。
(保健一般)			
7 平均寿命(性別) Life Expectancy at Birth	歳		出生時(0歳児)平均余命。
8 乳児死亡率 Infant Mortality Rate(IMR)		(乳児死亡数 / 出生数) × 1,000	乳児死亡とは生後1年未満の死亡の事を表す。
9 5歳未満児死亡率 Under 5 Mortality Rate		(5歳未満時死亡数 / 出生数) × 1,000	出生後5歳に達するまでの死亡率。
10 合計特殊出生率 Total Fertility Rate(TFR)		15歳から49歳までの女子の年齢別出生率の合計	1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数。
11 妊産婦死亡率 Maternal Mortality Ratio(MMR)		(妊産婦死亡数 / 出生数) × 100,000	妊産婦死亡は正確にはWHOが定めた「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正(ICD - 10)において定義されているが、概要としては妊娠中または妊娠終了後満42日未満の死亡である。
12 保健員の付き添う出産の比率 Births that are attended by skilled personnel	%	保健医療関係者付き添いの下の出産の全出産比	医師、看護師、助産師、または助産訓練を受けた基礎保健員が付き添う出産の比率。
13 保健医療分野への予算(政府支出に占める割合) Budget for Health		保健医療分野への予算 / 政府全体の予算	
14 保健医療施設(種類・数) Health related facility			保健所から基幹となる中央病院まで1次から高次レベルの保健医療施設の種類と数。設置基準など。
15 保健医療従事者数 Health related worker	人		医師、看護師、助産師、薬剤師、臨床検査技師等
16 保健医療従事者養成制度 Training system of health related worker			各職業従事のための方法、資格・学歴等教育制度

チェック項目/指標	単位	計算方法	備考
(その他基礎統計)			WHOで妊娠可能な年齢(再生産年齢)として限定されている15～49歳までの人口は、性活動が活発になると考えられるため考慮されることがある。
17 総人口(性別、年齢別) Population	人		
18 成人識字率(性別) Adult literacy rate	%	15歳以上の成人識字者人口比	
19 初等教育総就学率(性別) Gross enrollment ratio in primary education	%	初等教育の在籍児童数 / 初等教育学齢人口	

出所：上掲の基礎指標の多くは国連機関のサイト及び出版物によって入手できるものがほとんどであるが、一部統計で得られないが協力計画の際に入手しておくべきものが含まれている。

- (1) HIV/AIDS関連指標についてはWHOの国別ファクト・シート http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/index.html
- (2) 保健分野基礎指標についてはUNICEF統計または世界子供白書 <http://www.unicef.org/status/>
- (3) 比較としての日本の指標は『国民衛生の動向』(財団法人厚生統計協会発行)

基本チェック項目を用いた国別比較例

チェック項目 / 指標		ジンバブエ	タイ	フィリピン	日本
(HIV/AIDS 関係)					
1 HIV 感染者 AIDS 患者数 (1999)	0 ~ 15 歳未満	56,000 人	13,900 人	1,300 人	7,855 人(2000)
	15 ~ 49 歳	1,400,000 人	740,000 人	26,000 人	
	女性 (15 ~ 49 歳)	800,000 人	305,000 人	11,000 人	1,643 人 (全年齢、2000)
2 AIDS 死亡者数(1999)		160,000 人	66,000 人	1,200 人	150 人
3 感染経路別 HIV/AIDS 割合	異性間性行為	約 92%			約 34%
	同性間性行為	まれ			約 20%
	母子感染	約 7%			約 0.5%
	麻薬注射	まれ			約 0.5%
	輸血・血液製剤	まれ			約 26%
4 AIDS 遺児数(1999)	累計	900,000 人	75,000 人	1,500 人	
	現在	623,883 人		1,313 人	
5 性感染症罹患率					
6 推定結核患者数		不明 発見者数は 約 35,000 人(1996)			48,430 人 新登録結核患者数 (1999)
(保健一般)					
7 平均寿命(1998)	全体(歳)	44	69	68	男 77.6 女 84.6(2000)
	女性(対男性比:%)	100	109	106	109
8 乳児死亡率(1999)		60	26	31	3.4
9 5 歳未満児死亡率(1999)		90	30	42	4.7
10 合計特殊出生率		3.6	1.7	3.4	1.34(1999)
11 妊産婦死亡率(1980 - 1999)		400	44	170	8 6.1(1999)
12 保健員の付き添う出産の比率 (1990 - 1999)		69%	71%	56%	100%
13 保健医療分野への予算 (政府支出に占める割合)	保健医療分野予算	3,818 百万 ジンバブエドル			厚生労働省予算 18 兆 396 億円
	政府支出に占める割合	16.1%			21.8%
14 保健医療施設 (種類・数)	1 次レベル Rural Health Center 全国 1,200 カ所 (半径 10km 以内に 最低 1 カ所)				地域の体系的な医療 供給体制の整備を目的 として、基準病床 数を定めた医療計画 を都道府県が定める ことが医療法により 制定されている。 (以下 2000) 二次医療圏 全国 360 圏域 一般病床数 1,290,250 精神病床数 358,658 結核病床数 23,864
	2 次レベル District Hospital 全国 58 郡に 1 つを 想定 ミッション系病院を 郡病院として指定				

第2章 HIV/AIDS問題に対する効果的アプローチ

チェック項目/指標			ジンバブエ	タイ	フィリピン	日本
			3次レベル Provincial Hospital 全国8県に各1カ所 (1県は中央病院が Provincial Hospital を兼任) 4次レベル 中央病院 全国5カ所			地域保健法により保健所及び市町村保健センターの設置が規定されている。 保健所 592 市町村保健センター 2,228
15	保健医療従事者数	医師	1,387人(1996)			248,611人(1998)
		看護師	14,855人			1,020,289人 准看護師 保健師を含む
		助産師	3,088人			24,202人
		薬剤師	441人			205,953人
16	保健医療従事者養成制度	医師	不明			大学6年
		看護師	不明			・大学4年 ・短大、専修・ 各種学校3年 (准看護師の場合 2年)
		助産師	看護師資格取得後、 半年以上の教育 新規養成： 年9コース 190名/年 アップグレード： 年14コース 119名/年			・大学4年 ・看護師有資格者は、 短大または専修・ 各種大学で1年
(その他基礎統計)						
17	総人口(1999)	総人口	11,529千人	60,856千人	74,454千人	126,505千人
		15 - 49歳人口	5,768千人	35,598千人	38,305千人	60,154千人
18	成人識字率(1995 - 1999)	男性	90%	96%	94%	
		女性	82%	92%	94%	
19	初等教育総就学率(1995 - 1999)〔小学校総就学率〕	男性	111%	93%	118%	101%
		女性	105%	90%	119%	102%

引用・参考文献・Web サイト

厚生統計協会『国民衛生の動向』各年版

国際協力事業団(2001.6月時点)『HIV/AIDS 対策指針』

国際保健医療学会編(2001)『国際保健医療学』杏林書院

小早川隆敏編著(1998)国際協力事業団監修『国際保健医療協力入門』国際協力出版会

齋藤厚、那須勝、江崎孝行編(2000)『標準感染症学』医学書院

世界銀行(1999)喜多悦子、西川潤一訳『経済開発とエイズ』東洋経済新報社

Darrell E. Ward(1999)『*The AmFAR AIDS Handbook*』W.W. Norton

UNAIDS(The United Nations Programme on HIV/AIDS)ホームページ(<http://www.unaids.org/>)

-----(2000)『*National AIDS Programme A GUIDE TO MONITORING AND EVALUATION*』

(<http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC427-Mon&Ev-Full-E.pdf>)

UNAIDS(The United Nations Programme on HIV/AIDS)/WHO(World Health Organization)(2001)『*AIDS epidemic update*』UNAIDS/01.74E-WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2

UNICEF(United Nations Children's Fund)『*The State of the World's Children*』(和文『世界子供白書』)各年版

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS(国連エイズ特別総会)

ホームページ(<http://www.un.org/ga/aids/coverage/>)

United Nations(2001)『*Declaration of Commitment on HIV/AIDS*』A/RES/S-26/2

([http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.S-26.2.En?Opendocument](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.S-26.2.En?Opendocument))

WHO(World Health Organization)(2000)『*Epidemiological Fact Sheets by Country for the year 2000*』(update)

(http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/index.html)

HIV/AIDS 対策 開発課題体系全体図(その1)

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例
1. HIV/AIDS 予防とコントロール HIV 感染者数・新規罹患患者数 AIDS 発症者数 AIDSによる死亡者数(性別、年代別の数値及び文化・宗教・貧困等の背景にも留意する)	1 - 1 性感染リスクの減少 一般人口における HIV 感染率・罹患率 CSW(Commercial Sex Worker)における HIV 感染率 性感染による HIV 感染者割合	安全な性行動の促進 危険な性行動の実施率(不特定多数、男性同性間性行為) コンドームの使用率 売春(買春)回数・率 CSW におけるコンドーム使用率 コンドームの入手容易性(コスト、利便性、心理的容易性) コンドームの質	正しい HIV/AIDS の知識の普及 ・知識普及のための啓蒙活動(一般大衆教育、特定集団へのキャンペーン) ・啓蒙活動のための教材 / マニュアルの開発と普及 ・保健ボランティアや保健推進員等が啓蒙活動をするためのシステム構築 コンドームの使用促進 ・(ハイリスクグループに対する)コンドームの配布 ・コンドームの輸送・配布システムの構築 ・コンドームの質の改善を目的とした、製造業者への研修 / トレーニング ・コンドーム需要の喚起 ・コンドーム使用促進のための政策策定プロセス支援
		他の性感染症の減少 他の性感染症罹患率	性感染症診断・治療技術の確立 早期診断・治療 知識の普及 検査体制(施設 / 人材 / 機材)の整備 診断キットの研究開発 コンドームの使用促進(上記活動参照)
		自己の HIV 感染認識の促進 HIV 検査の結果通知率 HIV 感染者の HIV/AIDS に対する危険意識 HIV 検査実施率 HIV/AIDS に関する知識・認識	VCT 促進 ・正しい HIV/AIDS の知識普及を目的とした啓蒙活動 ・自発的な血液検査を促すキャンペーンの実施 ・血液検査体制(施設 / 人材)の整備 ・検査技術の確立 ・検査技術の教育 ・結果通知の徹底 ・カウンセリング手法教育 血液検査で陽性となった人に対しては、社会的ケアを行う。(開発戦略目標2「HIV 感染者、AIDS 患者や家族等へのケアとサポート」参照)
	1 - 2 母子感染リスクの減少 母子感染による HIV 感染者割合 妊婦の HIV 陽性率	母子感染の重要性の認識の向上 保健医療従事者の母子感染理解度 AIDS に関するカウンセリング及び検査をした割合	×保健医療従事者を対象とした、母子感染の理解促進のための研修 ×保健医療施設でのカウンセリングの実施 ×保健医療施設での血液検査の実施 母子感染に関する知識の普及 VCT 促進(活動詳細は中間目標 1-1 の「VCT 促進」参照)
		母子感染予防医療技術の徹底 HIV 感染産婦の人工乳保育対策実施率 水質の良くない環境における HIV 感染産婦の母乳による保育率 HIV/AIDS 対策に取り組む施設数 HIV 感染妊産婦の必要な医療やカウンセリングを受けている数 HIV 感染妊婦への抗 HIV 薬短期投与実施率	妊娠・出産・母乳栄養による感染の防止 ・安全な水にアクセスできる地域における人工乳(粉ミルク)保育の推進 ・安全な水にアクセスできない地域における HIV 感染産婦の母乳保育の推進 ・母子感染対策に取り組む施設の整備 ・母親を対象とした正しい HIV/AIDS の知識の普及 ・抗 HIV 薬短期投与 母子感染予防に関する研究・支援
	1 - 3 輸血による感染リスクの減少 輸血による HIV 感染者割合 輸血用血液の HIV 陽性率と輸血用血液のスクリーニング率	HIV 汚染血液の減少 Blood Bank が存在する地域の割合	×売血・枕元輸血の減少のための Blood Bank 設立 売血禁止のための法・組織体制整備 ×安全な輸血のための啓蒙普及 清潔な医療機器の供与
		血液スクリーニングの徹底 輸血用血液のスクリーニング率 HIV 検査偽陰性率等検査精度	検査手法の確立 検査手法の教育 血液スクリーニングのための検査システム構築 スクリーニングキット・機材・施設の整備 現地レベルに応じた血液スクリーニングキットの開発 ×血液スクリーニングのための検査試薬自家供給体制の構築 血液スクリーニング精度向上のための研修
	1 - 4 麻薬注射による感染リスクの減少 麻薬注射行為者における HIV 感染率	麻薬注射行為の減少 麻薬注射行為者数 麻薬注射行為数	×麻薬依存治療 ・カウンセリング ・代替薬物使用 ・不正薬剤使用削減のための啓蒙活動
		注射筒・針再利用の減少 麻薬針再利用割合	×使用済注射筒・針交換事業 ×注射筒・針滅菌法の教育
	1 - 5 有効なワクチンの開発と実用化 開発されたワクチンの接種率 ワクチンの有効性	ワクチン開発 臨床試験の各相におけるワクチン数 開発されたワクチン数 ワクチンの有効性	ワクチン及び関連基礎医学分野の共同研究・開発支援
		ワクチン購入・輸送体制構築 ワクチンの価格 ワクチン供給体制	×ワクチンの供給 ×配布計画策定・実行
	1 - 6 有効な治療薬の開発と実用化 開発された治療薬の使用率 治療薬の有効性	治療薬開発 臨床試験の各相における治療薬数 開発された治療薬数	×治療薬及び関連基礎医学分野の共同研究・開発支援 ×薬剤耐性に関する研究協力
		治療薬購入・輸送体制構築 治療薬の値段 治療薬供給体制	×治療薬の供給 ×配布計画策定・実行

プロジェクト活動の例：
 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において比較的事業実績の多い活動
 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績のある活動
 JICA の HIV/AIDS 対策協力事業においてプロジェクトの1要素として入っていることもある活動
 × JICA の HIV/AIDS 対策協力事業において事業実績がほとんどない活動

HIV/AIDS 開発課題体系全体図(その2)

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例	
2. HIV感染者、AIDS患者や家族等へのケアとサポート	2-1 日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減 HIV感染者、AIDS患者のうち保健・医療サポートを受けている割合	医薬品の入手の容易化 医薬品の入手割合	抗 HIV 薬の供与 日和見感染症、性感染症にかかる薬剤の供給体制の構築(入手ルート確保、国内製造) × 安価な医薬品の研究開発支援 伝統薬の研究開発 抗 HIV 薬 / 基礎的薬剤の輸送システムの構築	
		保健・医療機関へのアクセス向上 医療へのアクセス状況(HIV/AIDSを扱う施設数、受診者数) VCT実施率	関係機関・地域との連携強化(VCTの実施) × 保健・医療施設の整備 × 巡回家庭訪問の実施 保健ボランティアの育成 × 保健医療費減免制度の拡充	
		保健・医療の質の向上 医療機関における HIV/AIDSの知識をもつ保健医療従事者の勤務率	保健・医療サービスの質の向上 ・ガイドライン策定 ・保健・医療従事者への研修 ・消耗品の充実と調達体制確立 ・医療機器の充実と保守管理体制の確立 ・保健・医療施設の経営に関するマネジメントの向上 治療法・ケアに関する研究	
	2-2 HIV感染者、AIDS患者、家族などの人権擁護 社会一般の HIV 感染者の受容度	精神的ケア・社会サービスの確保・拡大 VCT実施率 保護団体数	× VCTの実施(活動詳細は中間目標 1-1の「VCT促進」参照) サポート団体の充実及びネットワーク化 × 差別・補償に関する法的保護の整備	
		(経済的)生活手段の確保 収入、就職状況 エイズ遺児の就学状況 保護団体数	× 企業に対する HIV/AIDSの理解促進 × HIV感染者、AIDS患者の家族に対する就業支援・職業訓練 × エイズ遺児に対する経済的支援の確立 × サポート団体の充実及びネットワーク化	
		HIV/AIDSに対する正しい知識と理解の促進 地域住民の AIDS 理解度	地域住民への HIV/AIDSに関する健康教育 ・啓蒙活動 ・啓蒙活動のための教材 / マニュアルの開発と普及 ・保健ボランティア、保健推進員等が啓蒙活動をするためのシステム構築	
		3-1 適切な国家レベルの対策の策定 国家戦略の実施可能性の検証結果 アクション・プランの実施可能性の検証結果	政治的コミットメントの確立 国内外での各種取り組みへの認知度	× 国際的な合意、国家の現状、国家開発計画の内容、国民のニーズ等を踏まえた保健セクタープログラムの策定 国家の現状、国民のニーズ、上位計画との整合性等を考慮した HIV/AIDS 対策プログラムの策定 × 実施体制の状況と、予算配分を踏まえた基本戦略(ストラテジー)と実施計画(アクション・プラン)の策定 × HIV/AIDS 予防や人権擁護にかかる法的整備 × セクター間にまたがる機関の確立と機能化
	3. 有効な国家レベルの対策の実施 実行されている HIV/AIDS 関連プログラム、各プログラムの適切さと人口のカバー率	3-2 HIV/AIDS 対策運営管理能力の向上 アクション・プランの進捗状況 行政監査担当省庁等による(内部・外部)評価結果	HIV/AIDS の感染実態・経路の把握 HIV感染者の感染経路情報の整備状況	× Health Information Systemの確立(保健・医療情報を用いた運営管理能力の向上) 国内 HIV/AIDS 疫学統計(サーベイランス・システム等)の整備 検査・診断体制の整備
			HIV/AIDS の経済・社会的要因の把握 HIV/AIDS 資料による適切な問題把握	HIV/AIDS の経済・社会的要因の調査研究 × ジェンダー分析の実施
			HIV/AIDS の経済・社会的影響の把握 HIV/AIDS による生産力の低下資料の整備	× HIV/AIDS の経済・社会的影響の調査研究
政府関係者の HIV/AIDS への偏見の減少 政府関係者の HIV/AIDS に対する問題意識			× 政府関係者への HIV/AIDS 問題理解のためのセミナー	
HIV/AIDS 対策のための中央保健医療行政組織の強化 中央政府の HIV/AIDS 対策体制			× 中央省庁行政官の育成 × 所轄業務の明確化	
HIV/AIDS 対策のための地方保健医療行政組織の強化 地方政府の HIV/AIDS 対策体制			地方行政官の育成 × 保健行政の地方分権化支援	
3-3 保健財政の適正化 国家予算に占める保健医療分野の割合 保健医療分野に占める HIV/AIDS 分野予算の割合 他セクター予算に占める HIV/AIDS 対策部門の割合		HIV/AIDS 対策の国内・国際的ネットワーク強化 国内・国際的情報網のアクセス状況	南北・南南協力体制の構築 国際機関・NGO 等とのパートナーシップ強化 国内における協力体制の構築	
		保健蔵入の拡大 国家予算に占める保健医療分野予算の割合 援助資金による HIV/AIDS 対策への投入	× 保健予算拡大を含む国家財政配分の計画策定 × コモンバスケット等による財政支援	
		保健財政配分の見直し及びプライオリティ付け 保健医療分野予算に占める HIV/AIDS 分野予算の割合	× 保健セクターの全体計画と予算配分計画、中期支出計画策定支援 × 各サブセクターや地方への適正かつ効率的な財政支出や予算執行に関する協力 × 会計検査の徹底による予算運用の適正化	