

存在をとらえきれず、有効な手を打てなかったのかを検討した。第2世代サーベイランスは、その後20年余のHIV/AIDSの歴史の中で試行錯誤しながら組み立てられてきたサーベイランス理論がこの問いに対して得た一つの回答である、ということが出来る。

3-4) 第2世代サーベイランスが直面する課題

しかし、「第2世代サーベイランス」は、途上国におけるサーベイランス体制の問題に対する万能の「解」であるというわけではなく、現在においても、多くの課題に直面している。

第2世代サーベイランスにおける倫理的な問題のうち最大のもは、このサーベイランスが特に特定の人口・社会集団におけるリスク行動サーベイランスを焦点とするものであるために、これらの集団（コミュニティ）における合意がどのように形作られるかということ、および、これらのコミュニティの内部におけるサブ・コミュニティや個人の間には存在するより微細な力関係に対してどのように配慮するかということである。

第2世代サーベイランスが、感染拡大の兆候や可能性を早期に読みとって対策に結びつけることを目的としたものである以上、対象となるコミュニティの、サーベイランス活動の受容および協力は不可欠である²⁴。対策のためにはコミュニティの積極的なコミットメントが不可欠であり、いかによいデータを取れる方法があったとしても、それをする事によってコミュニティが反感を持ってしまえば、対策につながらず、第2世代サーベイランスを展開する前提が崩れるからである。コミュニティが調査の重要性を理解し、実施に合意することは不可欠の前提である。

ただし、ここで検討すべきことは「コミュニティの合意」とは何かという問題である。地域コミュニティは、女性、貧困層、障害者、高齢者、被差別階層など、複数のより微細な集団に

より構成されている。例えば男性中心主義的な論理で形成されているコミュニティにおいては、コミュニティ指導者の同意を取り付けるだけでは、コミュニティ内の女性の同意を取り付けたことにはならない。また、プライバシーへの認識が十分でないコミュニティにおいて、個人のプライバシーへの配慮に関する検討を十分に行わずにリスク行動サーベイランスをした場合、特定の個人がスティグマ化されるといった事態が生じかねない。調査結果を基にして対策へと移行する場合、差別・スティグマがより強化されてしまう可能性も少なくない。このように、プライバシー問題は、コミュニティにおける調査への合意形成やオーナーシップの確立と相反する問題をはらんでおり、注意が必要である。

第2世代サーベイランスが特定の人口・社会集団を対象とする場合、もう一つの問題は、これらの集団のもつ特性にどう対応するかということである。この問題を端的に表現する存在が、国境を越える移住労働者・出稼ぎ労働者である。第2世代サーベイランスを対策に反映していく上での困難さは、こうした国境を越える労働者に対して明確に現れる。ここではラオスの例を挙げたい。

ラオスは国全体の感染率が0.05%であり、低流行期に属する。しかし、タイ、ビルマ、ベトナム、カンボジアという、より感染率の高い国に接しており、効果的な対策を行って「低流行期を維持する」ことが極めて重要である。そのため、国連諸機関が「国連テーマグループ」(UN Theme Group)を編成し、国際NGOや二国間援助機関と連携を組んで、最新のサーベイランス体制の構築と対策に乗り出している。

ラオスにおけるサーベイランスにおいて判明したのは次のことであった。ラオスにおけるHIV感染者の50%以上が、周辺諸国、とくにタイに出稼ぎに行き帰国した移住農民(migrant farmers: 農民としての生活基盤がラオスにある移住労働者)および移住労働者(migrant workers: 帰国先のラオスにおいても日雇い労働

などの非農業労働に従事している人)であり、次が、これらの移住農民・労働者と婚姻関係にある家庭の主婦であった²⁵。

移住農民・移住労働者は、帰国先のラオスでは一般人口に属しており、移住農民・労働者として何らかの自覚的なコミュニティを形成しているわけではない(もちろん、出身地域・姻戚関係等、何らかのネットワークを有してはいる)。そのため、ラオスにおいて対策を検討しようにも、一般人口への対策以上のものにはならない。一方、出稼ぎ先はラオスではないため、ラオス一国単位で対策を検討しようにも極めて困難である。では、出稼ぎ先の近隣諸国でラオスからの出稼ぎ労働者への HIV/AIDS 対策を有効に進めることができるかといえば、近隣諸国の出入国管理体制がそれを阻害するし、これらの出稼ぎ労働者は、近隣諸国の商業的農場や建設現場、工場、性風俗産業など様々な生産・サービス単位に広範に広がっており、ここでも何らかの自覚的なコミュニティを形成しているわけではない。結果として、出稼ぎ先においても、本国においても、適切な対策が打てないという問題を抱えることになる。つまり、いかにサーベイランス体制を確立したとしても、その情報をもって対策を検討したときに、ラオス一国単位で考えることはできず、広域で検討しようにも既存の国境の壁に阻まれてしまうのである。

こういったジレンマは、移住労働者だけの問題ではない。例えば、サハラ以南アフリカにおいては、経済的な脆弱性から、多くの女性が一時的にセックスワークに従事するという事態が生じている。また、社会的なスティグマが強いことから、セックスワーカーとしてのアイデンティティやそれに基づく社会運動が形成されにくい。その結果として、セックスワーカーという人口・社会集団を焦点化したサーベイランスや、セックスワーカーを対象とした対策を打つことが困難である。また、アフリカやアジアの後発発展途上国では、男性とセックスをする男性 (MSM) は、欧米のように自覚的なコミュニ

ティが形成されていない。以下のような状態が通常である。

- a)強い差別・スティグマにさらされた結果、きわめて地下化した、とらえにくいネットワークを作っている。(サハラ以南アフリカの一部諸国の場合)
- b)その社会において伝統的に形成されてきたジェンダー・アイデンティティや伝統的な社会的定義に即して、先進国とは異なった形で存在している(東南アジア・南アジアの一部諸国などの場合)
- c)建前としての厳しい社会的制裁と、それと裏腹に存在する、一時的な機会的同性愛に対する社会的な容認の中で、同性愛者としてのアイデンティティの形成が極めて困難な分裂した状況の中に存在している(中東・北アフリカなどの場合)

こうした状況にあつては、MSM へのリスク行動サーベイランスは極めて困難であり、また、それを対策に反映することにも大きな困難が伴う。近年見られるのは、先進国でゲイ・アイデンティティを形成して帰国したり、もしくは首都などで欧米のゲイ・コミュニティに関わる情報を得てゲイ・アイデンティティを形成したリーダーシップをもつ若手のゲイ・アクティヴィストが、国連諸機関や二国間援助機関などと連携して、ゲイ・MSM コミュニティの形成と HIV/AIDS 予防啓発を担う組織を作り、これまで不可視だった MSM ネットワークを顕在化させてサーベイランスや HIV/AIDS 対策を実現する、という傾向である。アジアではネパール、サハラ以南アフリカではナイジェリアや南部アフリカ諸国などで、こうした活動が成功しつつある。こうした場合においては、第2世代サーベイランスは、不可視の存在としてあつたコミュニティの顕在化や自己組織化を促進するという、そのコミュニティにおいては巨大な政治的効果を持つものとして展開されることとなる。

当該コミュニティにとっては、この作業はいわば「先史時代」から「記録された歴史」への飛躍的・不可逆的転換を遂げるための作業となるだけに、外部からの研究者や立案者は、これが単にデータ収集の行為ではなく、コミュニティを建設するという政治的な行為であることを自覚し、その責任をコミュニティとシェアすることが必要となる。途上国においてコミュニティでサーベイランスを展開することは、単なるデータ収集にとどまらない政治性を持つのである。

4. サーベイランスの現代的課題

4-1) サーベイランスの課題と提言

本論考の課題設定はきわめて大きなものであり、周到で詳細にわたる分析としては不足があるかもしれないが、HIV/AIDS が認識されてからのサーベイランスの展開を概観することで、いくつかの有用な知見を得ることができた。上記2および3において私たちが学んだのは次のことであった。つまり、HIV/AIDS に最初に直面した米国のサーベイランス体制は、そこに内在した諸問題によって、初期段階で HIV/AIDS の存在をとらえきれず、有効な対策を講じられなかったこと、その後20年間のHIV/AIDSサーベイランス体制構築の模索、とくに途上国での様々な実践によってこれらの問題が徐々に克服され、現在においては、「第2世代サーベイランス」という形で一つの回答をみていること、である。

これを踏まえた上で、現在、サーベイランス体制が直面している課題と対処のあり方について、以下、提言をまとめてみたい。

提言1：HIV 事例報告のリソースとしては、守秘と自己選択権が十分に確保された自発的カウンセリング・検査（VCT）が主流であるべきである。十分な検査数の確保については、
a) HIV 感染に対する不安・恐怖の除去、差別・

スティグマの解消、治療・ケアへの容易で安価なアクセスを保障するレファレンスの確保

b) VCT の質の確保、とくに事前・事後カウンセリングおよびフォローアップ（ポスト・テスト・クラブ等）の確保

c) VCT サービスの量的拡大、受検促進活動の強化

によって対応すべきである。

※参照：上記3-1)に基づく提言

提言2：「匿名・検索不可能」を前提とする定点サーベイランスについては、現行の倫理基準を堅持しながら、対象となる人口・社会集団との関係における倫理形成の政治的文脈について、より注意を払うべきである。また、定点サーベイランスによる調査の結果は、つねに対象の人口・社会集団に裨益する形で用いられなければならない。検体提供者が検体を直接の目的外の調査に提供するかどうかの選択権も確保されるべきである。検体提供率の向上は、調査の目的を正しく伝え、理解を得るという方法によって実現される必要がある。また、検体提供者に対しては、つねに自発的カウンセリング・検査という選択肢を平行して提示する事が必要である。

※参照：上記3-2)に基づく提言

提言3：第2世代サーベイランスに関しては、特にリスク行動サーベイランスについて以下のことに配慮がなされなければならない。

a) リスク行動サーベイランスは、対象となる人口・社会集団の合意と協力を得る形で進められなければならない。とくに、「目的外調査」である定点サーベイランスと異なり、リスク行動サーベイランスの場合は、調査に参加する個人個人の「知らされた上での同意 (informed consent)」は不可欠である。また、調査結果を対策に発展させるという第2世代サーベイランスの方向付けに鑑みれば、本来的には、

調査の設計段階からコミュニティの参画を促進し、調査・対策に関するコミュニティのオーナーシップの確保が目指される必要がある。

b) リスク行動サーベイランスについては、コミュニティ内部のより脆弱なサブ・コミュニティや、コミュニティ内の特定の個人の人権が、調査や対策の進行過程で脅かされたり、差別・スティグマが強化されることがないように、コミュニティにおける政治的な力学への配慮が十分になされる必要がある。

c) とくに周縁化された人口・社会集団、一般社会において差別・スティグマにさらされているコミュニティが、リスク行動サーベイランスの結果に対するマス・メディアの報道や流言飛語などによって、より大きな不利益を受けることがないように配慮されなければならない。

※参照：上記 3-3) に基づく提言

提言 4：第 2 世代サーベイランスの内容の向上については、以下のことがより検討される必要がある。

a) 国境を越える出稼ぎ労働者・移住労働者などの存在は、一国単位のサーベイランスだけでは解決できない問題であり、こうした人々に対しては、より広域的な調査体制の実現が検討されなければならない。また、対策への応用に際しては、出入国管理体制など一国の短期的もしくは狭義の国益を越えた広域的な取り組みを実現するためのアドボカシーが必要となる。

b) 脆弱な社会においてはとくに、自己の属性や職業、行動に対するアイデンティティを明示的な形では伴わずに、いわば「グレー領域」において、セックスワーク、薬物使用、同性間の性行為が行われることが多い。こうした、調査対象としては把握しにくい領域 (hard-to-reach population) に対するアプローチについて、より適切な戦略を検討する必要

がある。

c) 上記 b) のような場合、調査それ自体が、明示化されたコミュニティの形成のきっかけとなる場合がある。特に途上国におけるゲイ・MSM の組織化が例としてあげうるが、これに典型的に見られるように、調査は程度の差こそあれ、好む・好まざるに関わらず、その対象となるコミュニティにおいては政治的な行為であり、調査を持ち込む外部者はコミュニティにとって政治的な主体となる。調査者はこうした自己の政治性に対してつねに自覚的であるべきであり、調査それ自体が形成する政治的な影響について無責任であってはならない。そして、コミュニティの内部者の参画とオーナーシップの醸成の促進を心がけるべきである。

※参照：上記 3-4) に基づく提言

4-2) 日本についての提言

最後に、日本について振り返る必要がある。現在、日本で公的に行われているサーベイランスは HIV/AIDS 事例報告のみであり、定点サーベイランスおよび第 2 世代サーベイランスについては、一部の研究者および NGO が（公的な資金を活用しているかどうかに関わらず）研究プロジェクトという形で実施しているに過ぎない。

日本は現状のところ、基本的には低流行期を維持しているが、ゲイ・コミュニティにおける感染は一貫して増加傾向にあり、徐々に局在流行期に移行していると言っても過言ではない。体系的な第 2 世代サーベイランスを導入し、低流行期における、より微細な感染動向や感染拡大の兆候および可能性を把握し、早期の段階で警鐘を鳴らしていくことは、まさに急務であるといえる。

しかし、一方で重要なのは、第 2 世代サーベイランス導入において配慮しなければならない諸側面について、どう対処するかである。日本

においては、1980年代にPLWHAに対する巨大な差別・スティグマが形成され（神戸事件、松本事件等）、さらにはPLWHAに対する管理・統制を目的と指摘する向きもある立法が成立したという歴史に対する反省は、その後十数年の中でほとんど忘れ去られ、継承されていない。そのため、近い将来にHIV感染の更なる拡大という事態が生じた場合、PLWHAや特定の人口・社会集団に対する差別・スティグマが急速に形成される可能性がある。第2世代サーベイランスを公的に導入する場合には、こうした差別・スティグマを招来しないような配慮が十分なされなければならない。

また、日本においては、同性愛者、セックスワーカー、薬物使用者、移住労働者などに対する差別・スティグマが強く、一方でこれらのコミュニティ当事者の参画を保障する必要性に関する認識が十分に形成されていない。第2世代サーベイランスの導入においては、これらのコミュニティが設計段階から参画し、オーナーシップを以て調査および調査を踏まえた対策の導入に関わることを保障することが必須であるといえる。

注・文献

- 1 CDC. Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *MMWR* 1981; 30:250-2.
- 2 ランディ・シルツ著、曾田能宗訳『そしてエイズは蔓延した』（草思社、1991年）75頁。
- 3 ランディ・シルツ、前掲書77頁。
- 4 Arthur Robinson Williams IV, “State Policymaking and Syringe Deregulation: The Determinants of Successful Reform”, 2004. <http://www.dogwoodcenter.org/references/Williams04.html> (2005年2月20日)。
- 5 ダグラス・クリンプ著、村上敏勝訳「エイズ時代にいかに乱交を続けるか」、田崎英明編『エイズなんてこわくない』（河出書房新社、1993年）。
- 6 CDC 1982 Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) --United States. *MMWR* 31(37);507-508,513-514.
- 7 Avert “The History of HIV/AIDS, 1981-86”. http://www.avert.org/his81_86.htm (アクセス日：2005年2月20日)
- 8 ランディ・シルツ、前掲書147頁。
- 9 Avert “The History of HIV/AIDS, 1981-86”.
- 10 Avert “The History of HIV/AIDS, 1981-86”.
- 11 Avert “The History of HIV/AIDS, 1981-86”.
- 12 ニューヨーク在住の美術史・文化史の研究者。
- 13 Edward King “Safety in Numbers”. <http://members.aol.com/sigothinc/eking.htm> (アクセス日：2005年2月20日)
- 14 G-max.co.za, “What were the Denver Principles?” <http://www.gmax.co.za/think/history/2004/040130-bobbicampbell.html> (アクセス日：2005年2月20日)
- 15 Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, “HIV/AIDS Surveillance in Developing Countries: Experiences and Issues”, April 1999.
- 16 CDC. “Introduction of Routine HIV Testing in Prenatal Care: Botswana 2004”, *MMWR*, November 26, 2004 /53(46): 1083-1086.
- 17 UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights. 2004. UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing. (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>).
- 18 WHO/UNAIDS Surveillance Working Group, “Ethical issues to be considered in second generation surveillance, April 28, 2004-final”, 2004.
- 19 WHO/UNAIDS Surveillance Working Group, “Ethical issues to be considered in second generation surveillance, April 28, 2004-final”,

- 2004.
- 20 WHO/UNAIDS Surveillance Working Group, "Ethical issues to be considered in second generation surveillance, April 28, 2004-final", 2004.
- 21 UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, "*Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*", UNAIDS/00.03E, 2000.
- 22 UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, "*Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*", UNAIDS/00.03E, 2000. pp.3-7.
- 23 UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, "*Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*", UNAIDS/00.03E, 2000.pp. 24.
- 24 WHO/UNAIDS Surveillance Working Group, "Ethical issues to be considered in second generation surveillance, April 28, 2004-final", 2004, pp.20-23.
- 25 ラオス人民民主共和国サワンナケート県エイズ管理委員会 (Savannakhet Province HIV Control Committee) による筆者等への説明資料による。2005年2月2日、サワンナケート県エイズ管理委員会事務所にて)

HIV/AIDS 対策評価方法の研究

木村和子 (金沢大学大学院)
高山麻希子 (金沢大学大学院)
小松隆一 (国立社会保障・人口問題研究所)

研究目的

厚生労働省エイズ動向委員会の発表によると、2003（平成 15）年には HIV 感染者は 640 件（日本国籍・外国国籍の合計数）、AIDS 患者 336 件（同）が報告されている。世界的に見るとわが国の HIV 感染者/AIDS 患者数はともに少ないが、増加傾向にあるということから、HIV/AIDS への早急な対策の強化が求められている。

また、限られた財源で最大限の成果を上げるためには発生動向に則した効果的効率的な対策の選択に始まり、計画的履行、成果評価が基本となる。その結果、必要と判断された場合にはさらなる計画継続へとつながる。だが、現在まで、わが国では行動の変化や感染の減少などの指標による系統的な評価とそれに基づくプロジェクト改善はあまり行われていないのが現状である。

そこで、今後 HIV/AIDS 対策策定の参考にするため、国際機関及び諸外国で行われている対策評価方法事例を調査すると共に、日本への応用可能性、問題点、限界などを検討する。

研究方法

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（Global Fund、以下、世界基金と称す）が対策実施のモニタリングと評価体制のためのツールキットを 2004 年 6 月に上梓した。このツールキットは WHO、UNAIDS、世界基金、

USAIDS、CDC、HHS、UNICEF、そして世界銀行が協力して作成している。世界基金のツール作成に協力した世界銀行は 1998 年に HIV/AIDS 関連プロジェクトをインド、エチオピア、バングラデッシュなど 13 カ国で承認した。その中でもブラジルのプロジェクトは HIV/AIDS に特化した最大規模プロジェクトであり、且つその成果が高く評価されている。そこで平成 16 年度はブラジルの AIDS と性感染症の第 II 期プロジェクト “A Second AIDS and STD Control Project” の評価について事例として取り上げた。

具体的には世界銀行業務評価局（OED）が発表した報告書をインターネット（<http://www-wds.worldbank.org/>）を利用して検索、資料収集した。その中からここでは次の報告書を紹介する。

ブラジル連邦共和国第二次 AIDS・STD コントロールプロジェクト実施完了報告書：Document of World Bank, Report No:29146, Implementation Completion Report (CPL-43920) On a Loan in the Amount of US\$165.0 Million to the Federative Republic of Brazil for a Second AIDS and STD Control Project, May 30, 2004, Human Development Sector Management Unit, Brazil Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region

背景

世界銀行の独立評価部門である世界銀行業務評価局（OED）は世界銀行が行ったプロジェクト、プログラム及びプロセスの有用性

を分析するとともに、援助活動の経験から教訓(lesson)を見出し、かつプロジェクト、国およびセクターレベルでの評価に基づいた助言を世界銀行理事会に提出している。

世界銀行業務評価局(OED)は各プロジェクトを①成果②持続可能性③制度・機構構築への影響④世界銀行の業績⑤借入れ国の業績の5つを大きな柱として評価している。

結果

3億USドルの費用で実行された本プロジェクトはHIV、STD感染の発生抑制と診断・治療・ケアの改善を目的として行われ、多角的な活動を実施し、多くの成果を上げた。

プロジェクトは次の三要素から構成された：

1. AIDS、STDの予防
2. HIV、AIDS、STDを有する人々の診断、治療、ケア
3. HIV/AIDS及びSTD責任執行機関の強化

各構成要素について目標の達成(Achievement of Objective)と産出物(Output)について評価した。これは発生率の減少などの成果(Outcome)と、その成果を生むもとになる各活動の直接産出物(Output)について評価を行うものである。三つの構成要素の評価に加え、プロジェクト全体の正味現在価値/経済収益率の評価及び制度・機構構築への影響評価も行われた。さらに実施や成果への影響因子、持続可能性、銀行及び借入れ国の実績を評価し、最後に教訓としてまとめた。以下、構成要素1. 予防、構成要素2. 診断・治療・ケアの成果と産物の評価、正味現在価値/経済収益率並びに教訓の要点からいくつか紹介する。詳細は添付資料の部分訳(私訳)を参照されたい。また、評価全体は原文に当たられたい。

D-1 成果/目標達成

ICR(実施完了報告書)評価：満足

D-1-1 第一開発目標の成果/達成度評価：

HIV/STD 罹患の減少

有病率による測定：1997年末以来、0.5-0.8%で安定傾向。公立施設での出産妊婦(20-24才)0.3%(1998)'0.6%(2000)、軍隊0.2%(1996)'0.09%(2002)。全体の推定有病率0.65%。

リスク行為集団のHIV、STD有病率：静脈薬物使用者(IDU)52%(1998)'36.5%(2002)。性産業従事者(Sex workers: SW)6.5%(2000)。

感染経路別AIDS症例：男性同性間性的接触(Men who have sex with men: MSM)が85%(1985)'17.6%(2000)、異性間性的接触16%(1990以前)'54%(現在)、女性15%以下(1990以前)'37%(現在)、血液製剤及び母子感染の減少、低学歴化、郡部への拡大。

要約：有病率は安定化の様相を呈し、集団によっては低下している。流行は特定集団に集中しているが、女性、異性間性的接触、非都市部に広がっている。

予防努力：安全な性行為で測定。コンドーム使用に関する8つのデータ評価。例えば女性で過去12ヶ月に特定の相手との性交渉での使用率が12%(1996)から21%(2001)に増加。SWのプログラム参加者はプログラム非参加者より高いコンドーム使用81%(2001)、MSMは特定相手以外とは95%の使用実績。

要約：データは第一開発目標に関して正しい方向に向い一貫した結果を示している。

D-1-2 第二開発目標の成果/達成度評価：

診断、治療及びケアの拡大・改善

第2目標の成果はもっと明確である。

HIV検査：世帯調査では16-65歳で過去12ヶ月間に22.8%(1998)受検した。一般国民は30.8%(14歳以上、2003)に増加。MSMでは受検率73%(2001)、約71%(2002)と一般国民よりも高い。

治療及びケア：抗 HIV 薬治療（ART）により延べ 358,000 入院が防止され、3 億 6000 万 US ドルを節約。1996 年 ART への国民皆・無料アクセス法の制定により公費 ART 受療患者は 48,000 人（1998）から 130,000 人（2002 末）に増加。診断後の AIDS 患者の生存期間は 5 ヶ月（1990 年以前）から 58 ヶ月（1996 年）に延び、AIDS は慢性疾患となりつつある。エイズ死亡も人口 10 万対 9.6（1996）から 6.3（2001）に減少したが地域差はある。

母子感染予防：母子感染は出生の 8.6%（2000）から 3.7%（2002）に減少。AZT 施用は 4 倍に増加。しかし、妊婦の HIV 検査は 40%と低率。地域差もあり改善が必要。

プログラムはエイズ患者の多い東南部及び南部をターゲットとしたため、NASCP の介入に地域的偏りが生じている。北部でも感染者が増加しており、アクセス改善が必要である。

D-2. 各構成要素の産出物

構成要素 1. HIV/STD 予防

ICR 評価：満足

NGO の参加、州・市当局との協力拡大でリスク行為集団やその他の重要な集団への介入も行われた。予防活動の対象/人口集団を広げ、包括的アプローチを実施し、成果に貢献した。

ほとんどの介入は評価が行われていない。費用効果に基づいて介入を選択する可能性は限定的。プロジェクトの予防活動はマスメディアに大きく依存していたが、国際的には NGO によって行われる介入に比べ効果が低いとされている。

構成要素 2. HIV、AIDS 及び STD 感染者の診断、治療及びケア

ICR 評価：Satisfactory

この要素は目標到達に非常に満足なものだった。抗 HIV 薬の組織的配布とモニタにより HIV/AIDS とともに生きる人びと

（PLWHA）の生活の質の改善に加え、ジェネリック使用を含め、入院に代わる費用効果の良い治療ケアを導入した。プログラムは国際的にも高名となり、多くの国の治療プログラムの技術的助言を行うようになった。しかし、母子感染プログラムの拡大と STD 予防治療に課題を残すため、評価は「満足」である。

D-3. 正味現在価値/ 経済収益率

プロジェクト終了に当たり詳細な経済分析に必要なデータは不足。ここに掲げる結果は AIDSII プロジェクト用に準備された経済分析に基づく。AIDSII プロジェクトの総予算は 3 億 US ドルである。これに対し入院費用の減少分だけで 3 億 6 千 US ドル（2001）と総投資額を相殺する高水準の費用便益が示された。

また、1%感染が予防されるごとに、9,700DALY 回避される。費用 - 効用は 1DALY 当たり \$ 400-2,000 である。

D-3. 教訓

プロジェクトデザインに関し

- プロジェクト投資のモニタと評価の欠如により、進行と介入効果の測定が困難である
- NGO との協働は、保健制度では到達できない多くの集団に到達でき、プログラムに責務を与え、非常に効果的なアプローチである一方、技術的品質と持続性の確保に管理上の課題を伴う。

HIV/AIDS、STD の予防と治療に関し

- 実施者は HIV/AIDS 活動の管理と資金を州・市に移管し、産出物と成果に集中し、行動責任を確保する調整役に徹すること
- 高発生地区への資源の優先配分は短期間での流行抑圧には好戦略だが、低所得、非都会層にも広く公平に資源が到達するプログラムを組み合わせること。
- 抗 HIV 薬提供は日和見感染症の入院治療費用を著しく削減。抗 HIV 薬提供に要する費

用増加の一部を相殺する。

- 無料抗 HIV 薬配布だけではすべての人を治療に向かわせるのには十分ではない。物理的、社会的アクセスの制約が重要な障害である。

考察

今回検討した世界銀行によるブラジルでのプロジェクトの評価は、収集データが必ずしも評価しやすく規格化されたものではなかったが、可能な限りのデータを集め、評価を行っていた。まずは、個別プロジェクトの評価に資するようなモニタリング・評価の実施が重要であるが、さらには、個別プロジェクトの評価に留まらずプログラム全体を実際の効果などの側面から評価し、それにより、さらに国や地域レベルの対策の改善に資することが示された。これが単なる理想論ではなく、現実に実施できる可能性が示唆されていることが重要である。

このような、個別プロジェクトのモニタリング・評価の実施とプログラム全体の影響を評価するような能力と体制がわが国でも必要である。そのためには、実施機関と独立した評価専門グループの設置なども必要となる。その過程で、限られた資源を有効に活用していく政策決定のためには、費用対効果などの指標を含めた評価ツールの開発も必要である。

結論

世界銀行が発行する報告書の中からブラジル連邦共和国第二次 AIDS・STD コントロールプロジェクト実施完了報告書を紹介した。来年度はさらに調査対象を拡げ、他の国際機関及び各国が発行する AIDS 対策評価報告書を調査し、最終年度にはプログラム評価方法としてまとめる。

1 億 6500 万 US ドルの融資による
ブラジル連邦共和国第二次 AIDS, STD
コントロールプロジェクト実施完了報告書

目次

1. プロジェクトデータ
2. 資金の実績評価
3. 開始時の開発目標と設計、品質評価
4. 目標達成と産出物
5. 実施に影響する主要要因と成果
6. 持続可能性
7. 世界銀行及び借入れ国の実績
8. 教訓
9. パートナーによるコメント
10. 追加情報
- 添付 1 主要パフォーマンス指標/ログフレームマトリックス
- 添付 2 プロジェクトの費用と財政
- 添付 3 経済的費用効果
- 添付 4 世界銀行による投入
- 添付 5 目標達成/構成要素の産出物の評価
- 添付 6 世界銀行及び借入れ国の実績評価
- 添付 7 関係文書一覧
- 添付 8 借入れ国の貢献

1. プロジェクト データ

プロジェクト名： BR:AID&STD Control II

L/C/TF 番号： CPL-43920

国/部局：ブラジル

地域区分：ラテンアメリカとカリブ海域

セクター：保健（100%）

テーマ：HIV/AIDS、ヘルスシステムパフォーマンス、参加と市民協力、ジェンダー、ポピュレーションヘルスとリプロダクティブヘルス

主な日付	当 初	改・実行
コンセプト提案： 03/10/1998	発効： 10/15/1998	02/09/1999
査定： 03/20/1998	中間レビュー： 05/07/2001	05/07/2001
承認： 09/15/1998	終了： 12/31/2002	06/30/2003

2. 資金の実績評価

結果・・・満足 (Satisfactory)

持続可能性・・・大いにあり得る (Highly Likely)

制度・機構の構築への影響・・・実質的 (Substantial)

世界銀行の実績・・・満足 (Satisfactory)

借入れ国の実績・・・満足 (Satisfactory)

3. 開始時の開発目標と設計、品質評価

3.1 当初目標:

本プロジェクトは HIV 感染や性感染症 (STD) の発生を減少させるとともに HIV/AIDS や STD 感染者の診断・治療・ケアの拡充と改善を主目標としている。本プロジェクトの前身である第 1 次 AIDS/STD コントロールプロジェクト (The First AIDS/STD Control Project (AIDS I, Ln.3659-BR)) では 国家 AIDS/STD コントロールプログラム (NASCP) 実施の戦略と枠組み、強力な予防プログラム及び確固たる制度基盤を確立した。そこで本プロジェクトでは(a)州と市への責任分散 (b)最も費用対効果のよい介入の同定を通して、予防活動を、ハイリスクグループに焦点を当て続け、一方で、一般国民に広げ、さらに評価能力を強化し、持続可能性に向かう作業によって第一次プロジェクトの成果を統合、拡張する。

本プロジェクトはヘルスケアへの費用効果の良いアプローチ、この場合は高コストな疾患の予防を通じてブラジル政府の全保健戦略を支援する。さらに本プロジェクトのアプローチは州・市当局への保健サービスの分権、州・市保健委員会を通じた社会参加の促進、及び民間施設の保健サービス提供参加というブラジル統一保健システム(SUS)の原則とも合致している。

3.2 目標の変更:

本プロジェクトが実施された間に開発目標の変更はなかった。

3.3 当初構成要素:

構成要素 1:

AIDS と STD (性感染症) の予防 (1 億 2800 万 US ドル 全プロジェクト経費の 43%)

ここではリスク行為を行う集団を対象にした NASCP による予防活動のサービス普及と効果強化を図った。それと同時に一般国民を対象とした予防活動の必要性も強調した。ブラジルの疫学調査によると、AIDS はリスク行為を行う集団に集中している。しかし、AIDS 予防活動の効果をより高いものにしようとしたとき、リスク行為を行う集団にその対象を限定するのではなく、一般国民も対象にするべきである。そこで、この構成要素では男性同性間性的接触者 (Man who have sex with men : MSM) や両性間性的接触者、静脈注射薬物使用者 (IDU) 及び性産業従事者 (SW) を含めて、HIV に感染し、ウイルスを広げる恐れの大いサブ集団を対象に行動変容介入に資金が注がれた。さらに受刑者、トラック運転手、若者、女性、低取得者層といった一層脆弱な集団の中で対象を絞って行動変容介入を行った。介入としてはピアグループによる教育、安全セックス推進カウンセリング、注射針交換プログラム、コンドーム使用促進などがある。対象を絞った介入では競争選抜された NGO サブプロジェクトの一部として執行された。一般国民への予防活動では AIDS や STD 感染に関する認識の高揚と正しい理解のためにマスメディアを利用した大規模な啓発活動が行われた。また、安全セックス、HIV/AIDS 教育やコンドーム使用を学校や職場、イベントを通じて啓発した。

また、この要素には自発的カウンセリングと検査（VCT）サービスの提供、エイズに関するホットライン(Pergunte AIDS)も含まれていた。差別をなくす必要性から、HIV/AIDS とともに生きる人びとに対する非差別推進全国人権ネットワークも支援した。

構成要素 2：

HIV、AIDS、STDと共に生きる人びとの診断・治療・ケア（9850万USドル 全プロジェクト経費の34%）

ここでは HIV、AIDS、STD と共に生きる人びとの診断、治療、ケアの改善のためにデリバリーネットワーク（提供とアプローチ）の強化を目的とした。HIV/AIDS の診断を強化するために診断施設の運営、標準化、品質コントロールを支援し、100 の新たな VCT センターを設け、既存の VCT の維持を支援した。治療を受けている人びとの追跡を改善するために、市の公立保健研究所はウイルス量や CD4 細胞計測のアクセスを良くするため、設備の購入や訓練の強化がなされることとされた。また、この構成要素は HIV/AIDS に感染した人びとの治療とケアの強化、拡大のために、次のような支援がなされることとされた：80 の AIDS 患者ケア用コミュニティサポートセンター、40 のエイズ孤児センター、80 の既存専門ケアユニット、30 の既存日帰り病院、40 の既存在宅ケアイニシアティブ及び 100 病院の入院ケア。医薬品、医療品、コンドームのロジスティック中央管理システム、HIV/AIDS ケアの費用コントロールシステム、及び HIV 陽性の女性の婦人科ケア紹介システムも描かれた。

構成要素 3：

HIV/AIDS及びSTD責任執行機関の強化
（7000万USドル 全プロジェクト経費の23%）

この構成要素は、HIV/AIDS及びSTDコント

ロールに従事する機関の能力向上を次のように支援提供するものであった：(a)保健部門のスタッフや実験室テクニシャン、NGOでの実行者のための技術的訓練の提供、(b)国立 HIVリファレンス試験場の強化、これには試験検査の品質管理メカニズム、訓練及び設備提供が含まれる、(c)薬物耐性研究を行う全国ネットワーク、及び抗HIV治療の感受性モニタネットワークの実施、(d) HIV/AIDS、STDの知識ベース研究の拡大、これには余命、特定人口集団の行動、費用その他の研究が含まれる (e) 流行をモニタし、介入の影響を評価する活動の実施、これには含まれるものとしては：(i)疫学的サーベイランスシステムの改善（HIVのセンチネルサーベイランス、HIV、STDの症例報告システムの拡大/改善）(ii)プログラムのモニタと評価の強化（プログラム介入の評価研究、プログラム影響評価のための行動サーベイランス研究を含む）

3.4 構成要素の変更：

構成要素の公式な変更はなし。現実の支出の必要性から融資割り当て再配分が2002年3月6日に行われた。プロジェクト最終日は2002年12月31日から2003年6月30日に延長された。これはカウンターパート資金の遅延と不足で、実施が少々遅れたためであった。

3.5 開始時の品質

ICR (Implementation Completion Report : 実施完了報告) 評価：満足

本プロジェクトの目標および戦略は、国の目標や優先事項と一致し、世界銀行の全般的な社会セクター戦略とも一致していた。さらに、プロジェクト設計は、準備段階で重要関係人とのコンサルテーションでなされた提案を多く含んでいた。

開始時品質のアセスメント（QEA）は 99 予算年度の早期に実施された。全体的なプロジェクト設計と重要構成要素を「満足」と評

価したが、いくつかの欠点が報告書で指摘されていた。QEA 報告に記載されている主要な弱点の一つは、第一次プロジェクトの達成度と欠点を分析していなかったことである。そのため、設計は第一次プロジェクトからの教訓を十分に生かしておらず、第二次プロジェクトのインパクト（影響）を改善する機会を逸したとしている。プロジェクト査定文書（PAD: Project Appraisal Document）は、第一次プロジェクトがモニター・評価（M&E）システムを十分実施しなかったこと及び、予防活動のプログラム内及び保健省（MOH）内他プログラムとの統合欠如にだけ言及した。その結果、本プロジェクトは第一次プロジェクト設計にマイナーな修正を加えただけとなり、新たなアプローチを試す機会を逸した。

4. 目標達成と産出物

4.1 成果/目標達成

ICR 評価：満足

全体として開発目標の達成度と本プロジェクトの成果（アウトカム）は「満足」と評価される。傾向変化や特定影響にはプロジェクトの全体活動に帰すことができるエビダンスがあるものもあるが、評価方法論が異なる、若しくは調査母体のサンプリングに代表性がなかったなどの理由から往々にして調査結果の比較ができない。特に予防活動に関しては経年的な傾向把握が系統立てて適応されていない。

HIV 及び STD の減少:

第一開発目標の達成評価は HIV 及び STD の有病率を用いている。罹患率データの入手は困難であり、一般に研究目的に使用されるものである。1997 年から 2003 年に公立病院産科で出産した女性の年次センチネルサベイランスシステムにより HIV 有病率データが収集された。（時間経過によりセンチネルサイトは HIV/AIDS レファレンスセンター

になったので、収集データは代表性を失った。2000 年以降は測定時ごとにベッド数 500 床以上の病院のランダムサンプリングに修正された。最初のランダムサンプルは 2002 年に行われたが問題がありデータは利用できず、2003 年に再度行われなければならなかった。）HIV 有病率（陽性率）は 1997 年末から 0.5%~0.8% で安定化傾向を示した。公立産科施設で出産した 20~24 歳の女性の有病率（若い妊娠女性の罹患率に最も近い見積もり）は 1998 年から 2000 年にかけて 0.3% から 0.6% に増加した。また、HIV 有病率は 17-19 歳の陸軍徴収兵コホートについて 1996 年から 2002 年にデータ収集した。（このデータは 1998 年にも収集されたが、対象集団が高流行地域だったので比較できない。）その結果、軍隊徴収兵では 1996 年の有病率 0.2% から 2002 年 0.09% へと減少した。一般国民全体の有病率は 0.65% と推定され女性が 0.47%、男性が 0.84% であった。

リスク行為集団の HIV と STD の有病率：有病率の変化に関しては、第 2 回調査結果が利用できない、また方法論の異なる調査の結果比較は困難であることから結論付けることは難しい。IDU の HIV 感染率は、1998 年から 2002 年にかけて 52% から 36.5% へと減少した。しかし、第 2 測定では有病率が幾分低い二つの郡市が含まれていた。SW の有病率データは 2000 年のものしかなく 6.5% と報告されている（2004 年に第二回調査が予定されている）。MSM の有病率データは 1994 年から 1999 年に唯一コホート研究されたが、母数が大幅に減少しており、データにはバイアスがかかっている。

既存の流行データでは人口統計プロファイルや HIV 感染経路、報告 AIDS 症例の経年解析がなされていないが、重要な変化は起こっている。1985 年には総 AIDS 症例の 85% は MSM であったのに対し、2000 年には 17.6%

になった。異性間性的接触による感染は1990年以前の16%から2000年に54%になった。また、女性は1990年以前は15%以下であったが、いまや新症例の37%を占める。輸血によるAIDS感染の割合は経年的に減少しており、IDUも同様である。垂直感染は1996-1997がピークだったがその後減少している。しかし、これらのデータは各経路による感染率変化の情報を提供しておらず、流行の進展に明確な意味付けをしていない。

さらに流行の女性への拡大に加え（世界の多くの地域で起こっているが）、新たな報告症例には学校教育の短縮と発生自治体の広域化が認められる。1990年以前には男性AIDS症例の30%以上は小学校を卒業していたが、2001年には7%であった。AIDSは原則として都市現象であるが、国の60%の自治体に広がり、これらの多くは都市化が進んでおらず到達困難である。

要約すると利用可能なデータではHIV流行は安定化の傾向を示し、ある集団では減少傾向を示している。流行は引き続き集中しており、特に、女性、異性間性的接触男性、非都市地域での比率が増大している。

AIDSIIで支援された予防努力の成果には安全な性行為とHIV検査が含まれており、プロジェクト目標の達成の更なる証拠となっている。AIDS感染の知識増大と感染防止は成果測定に用いられる可能性はあるが、行動変容を必ずしも予測させないので、含まれていない。

1996年と1999年のポピュレーションベースサーベイによると、特定の相手との過去12ヶ月間の性交渉でのコンドーム使用率は女性が12%から21%に増加し、男性は26%で無変化という結果であった

(BEMFAM,1996;CEBRAP,1999)。

しかし、この結果の差は1999年のサンプリングが都市世帯のみの調査であることにも起因する。25歳未満がコンドーム使用率が一

番高かった(44%)。2003年に行われた3回目の調査(IBOPE,2003)では20%の人が、特定相手との過去6ヶ月中の最後の性交渉でコンドームを使用したという結果が得られた。この結果は1999年と変わらなかった。しかし、特定の相手以外の性交渉ではコンドームの使用率が1999年の64%から2003年の76%と高まっていた。14歳から24歳の41%は特定の相手とでもコンドームを使用するとの結果が得られ、これは前回の調査結果と同様であった。ただし、2003年の調査では「過去12ヶ月」ではなく「過去6ヶ月」という対象期間を採用したため、完全な比較はできない。

1996年から現在までに入隊した17-19歳の男性新兵の年次サーベイが利用可能である。コンドーム使用は1997年から2000年にかけて38%から50%に増加した(前年のすべての性的関係でのコンドーム使用)。2002年の数値は48%である。特定相手とのコンドーム使用は44%にとどまる一方、買春では1999年の69%から2002年の77%に増加した。行きずりのパートナーとのコンドーム使用も1999年の53%から2002年の57%へとわずかに上昇した。

リスク行為集団でのデータについては介入の有効性を評価したSWとIDUの研究が利用できる。SWの調査(2001年)では、プログラム参加者のほうがプログラム非参加者よりコンドームをよく使用しているという結果が得られた(客相手では74%対60%、特定相手では24%対16%)。しかし、プログラム参加者のSWのほうが年齢が高く、SWとして確立し、より不安定でない状況で働いており、このことが結果に影響を及ぼしている可能性がある。さらに、HIV感染と梅毒はプログラム参加者の間で高く、コンドームを使用できたことはパートナーを保護するために本プロジェクトの実際的な成果である。

IDU行動調査(2002年)ではプログラム参加者と非参加者とを比較し、参加者のほうが

非参加者より針を共有しない傾向が見られ（41%対51%）、コンドーム使用は参加者の方が使用傾向が高かった（42%対31%）。MSMはAIDSⅡの最後2年間2001年と2002年の小都市を対象にした調査が利用可能である（IBOPE2001, 2002）。ともに、ブラジルのMSMを代表する集団ではなく、感染防止セックスに関する質問も異なっていた。しかし、結果は一貫している。2001年の調査では、81%のMSMが特定の相手との過去6ヶ月の性交渉でコンドーム使用を要求していた。特定の相手以外の性交渉でのコンドーム使用はさらに多く、95%に上った。2002年の調査では68%がすべてのパートナーでコンドームを使用し、使用しなかったうちの3分の2が特定相手以外との性交渉でコンドームを使用した。ともに、安全な性交渉が高率に行われていることを示すものであり、全体として、国のHIV流行の減少に寄与している。

要約すると、成果測定データは常に比較可能ではないが、第一開発目標の達成に関して、正しい方向に向かい一貫した結果を示している。

HIV/AIDSおよびSTDを有する人々の診断・治療・ケアの拡大と改善。

第2開発目標に関して証拠はさらに明確である。1998年のHIV検査に関する世帯調査によると過去12ヶ月間に性交渉をもった16-65歳の22.8%がHIV検査を受診した（男性26%、女性15%）。26-40歳の受診率が30%と最も高かった。

過去12ヶ月に性交渉のあった一般国民（14歳以上）のHIV検査率は2003年には30.8%に増加し、そのうちの34%が過去6ヶ月以内に検査を行っていた。HIV検査率は男性より女性が高く（女34%対男26%）、その理由は母子感染プログラム（PMTCT）への参加による。検査は南部で最も高く（38%）、東北部で最も低かった（20%）。受検を年齢別に

みると20-29歳が38%と最も高率だった。25%近くが母子感染プログラム、21%が献血時、15%が医師の進め、8%が雇用条件として受検した。このほか21%は自主的に受検した。リスク行為集団の検査に関しては、2001年の都会のMSMサーベイではHIV検査受検は73%であり、2002年は約71%だった。どちらも一般人に比べ相当高率だった。プログラム介入に参加したSWについては49%がHIV検査を受けたのに対し、対照群は36%だった。IDUでは検査比率が1998年から2000年までに44から48%に増加した。

治療とケアに関しては日和見感染（OI）の治療、抗HIV薬治療（ART）提供のインフラと訓練、STD治療、HIV/AIDSとともに生きる人々に対する在宅ケア、PMTCTプログラムの拡大に対して投資が行われた。日和見感染の治療を継続する一方、ARTは日和見感染の減少につながり、その結果入院、診断、患者ケア全体の削減につながる。AIDS患者一人当たりの入院はART導入前の1996年には1.6だったが、2001年には0.3に減少、1997年から2001年の間に358,000入院が回避できた。2001年の入院に関し3億6000万USドル近い節約になる。代替ケアの選択、例えば日帰り病院や専門外来施設（SAE）の利用も入院の減少に寄与した。

1996年政府は、抗HIV薬治療を必要とするすべての人（政府ガイドラインではAIDS関連症候を有するか、CD4細胞数が350以下）に対する普遍的無料アクセス（ユニバーサル・アクセス）保証法を成立させた。

公的に抗HIV薬治療が供給された人は1998年初期には48,000人だったが、AIDSⅡ終了時までには130,000人に増加した（およそ3倍）。ブラジル国の決断による抗HIV薬治療ユニバーサル・アクセスはHIV感染症の罹病と死亡プロファイルを変え、HIV/AIDSとともに生きる人々を救い、QOLを向上させた。これは日和見感染治療の減少と生産性向上（非測

定) という経済的にも良い結果をもたらした。

1990 年以前に AIDS と診断された患者の余命は 5 ヶ月しかなかったが 1996 年には 58 ヶ月まで延びた。その結果死亡は徐々に減少し、AIDS は致命的疾患から慢性疾患へとゆっくりと移行している。AIDS 死亡は人口 10 万に対して 1996 年の 9.6 から 2001 年の 6.3 に減少した。しかし、死亡率は地域によって異なっている。最も減少しているのは南東部であり人口 10 万対 17.1(1995)から 8.9(2001)となり、中央西部でも減少している。北東部と南部はわずかに減少し、北部では上昇した(同期に人口 10 万対 1.9 から 2.9 に上昇)。このことは抗 HIV 薬治療の恩恵の浸透が地方によって異なっていることを示している。

母子感染予防プログラム(PMTCT)の拡充により HIV 垂直感染は減少している。感染率は 2000 年出生児 8.6%から 2002 年 3.7%と 57%も減少した。ジドブジン(AZT)受施用は 1998 年から倍増した(2,700 から 6,000 近く)が、2001 年の解析では HIV 検査受検は出産女性の 40%、感染者の 32%が抗 HIV 薬を受療したに過ぎず改善努力が必要である。HIV 感染妊婦へのサービス普及度にも地域差があり、南東では 49%と高く、北東では 7%である。

サービス普及度の地域差は国家 AIDS/STD コントロールプログラム(NASCP)の介入数に起因する。NASCP は AIDS 症例の多い地域、特に南東部や南部をターゲットとしていた。感染の多い地域を対象とした活動は短期的に見ると効果的であるが、一方、HIV 感染が増加していながら対策実施能力が小さい最貧地域も存在している。プログラムの成功には相当の努力を要することから、長期的には乖離を広げる恐れがある。公平なアクセス改善のためこれらの地域に照準を合わせる必要がある。

4.2 各構成要素の産出物(アウトプット)

構成要素 1: HIV 及び STD の予防

ICR 評価:満足

この構成要素の主な目的はリスク行為集団に焦点を合わせながらも、NASCP の予防活動の対象を広げることである。予防活動の範囲/人口ベースを広げるとともに、NGO の参加や、州と市の連携を通して、予防サービスの拡充を図った。リスク行為を行う集団に対して合計 1,664 のサブプロジェクトが AIDS II の期間中に行われた。その内訳は 33%が SW、38%が IDU、29%が MSM に対するものであった。SW と MSM は一般に秘密性の高い集団のため、サービス普及度(coverage)の推測が困難だった。IDU のサービス普及度は 18%だった。おおよそ 1600 万 US ドルがこれらの集団をターゲットとする NGO に融資された(SW 介入平均コストからの見積もり)。

本プロジェクトでは、受刑者、鉱山労働者、若者、女性、ヘルスワーカー、トラック運転手、先住民、HIV/AIDS とともに生きる人々(PLWHA)に対する介入を NGO や政府機関を通じて実施した。合計 991 プロジェクトあり、81%が NGO を通じて行われた。この介入には訓練、技術的・教育的資料作成、介入のための融資などが含まれる。一般的に NGO は脆弱な人々やリスク行為を行う集団に対して活動することが多いが、介入の 3 分の 1 は田舎の住人や低所得者など、必ずしも脆弱とは限らない一般人に対するものであった。ターゲットを変えると資金が有効に用いられることが示された。PLWHA に対する介入数を増やせば費用効果がよりよくなる可能性がある。なぜならば PLWHA がリスク行動をとれば、彼らは新たな HIV 感染源となる可能性が十分に高い。しかし、これらの介入を評価したものはほとんど存在しないので、一般に十分な正しい効果を有するのか確かめるのは困難である。介入のモニタリングと評価能力強化のためにいくらか初期投資がな

された。続く AIDSⅢプロジェクトにおいてモニタリングと評価の強化が重要な焦点である。

より幅広いセクターの国民に届けるために大々的なマスメディアキャンペーンを行い、性行動変化と感染予防知識の普及を図った。主に一般国民を対象に 13 の大規模なマルチメディアキャンペーンが行われた。(例外的にトラック運転手と MSM 向けのものが一つずつあった。) さらに IDU, PMTCT、抗 HIV 薬治療アドヒアランス、トラック運転者、性感染症をターゲットにした 8 つのキャンペーンも実行された。このキャンペーンを補完するため、多くの教育、情報資料が準備された。合計 3600 万 US ドルがマスメディア情報教育コミュニケーション (IEC) に費やされた。この融資に対する影響を十分に評価する具体的エビデンスはないが、それでも NASCP はこれらのプログラムを評価する努力を始めた。

HIV/AIDS を主流に乗せ、多セクターによる対応の確保に努力し、プロジェクトは教育省、司法省、国防省、労働省、社会支援省及び保健省内部異部門など多政府組織が予防活動を実施し、STD、AIDS、結核 (TB) などの日和見感染症治療の提供を含め 76 のプロジェクトを支援した。目標は他のキープレイヤーが独自の必要性を見極め、自らの資金による介入を促すものであり、この分野の努力はさらに必要である。職場での介入も行われた。

プログラムは対象を広げるのに非常に成功したが、最初はリスク行為を行う集団に焦点を維持するのが困難だった。プロジェクトの最初の監視ミッションはそれらの人口のカバー率が不十分と指摘した。これらの集団を対象とする NGO サブプロジェクトや州・市プロジェクトは本プロジェクトも半ばの 2001 年になって漸く増加した。大半のプロジェクトは IDU と SW を対象とした。MSM の

カバーは 2002 年まで著しく増えなかったが、多くを達成した。

もうひとつ本プロジェクトの予防努力を成功に結び付けた重要な投入 (インプット) として民間、NGO による安価な男性用コンドームまた公的部門による無料コンドームのアクセス確保である。女性用コンドームも利用できるようになったが、需要は少なかった。2000 年から 2003 年に公的部門が購入配布したコンドームの数は 7700 万個 (2000 年) から 2 億 7000 万個 (2003 年) と 4 倍近く増加した。これは民間セクターの需要が 3 億 5000 万個 (2000 年) から 4 億 2700 万個 (2003 年) に増加したことによりさらに補完された。この対策の融資額は男性用、女性用コンドームだけで 2030 万 US ドルである。増加の理由はコンドーム使用促進によるが、国民のコンドームアクセス障害を取り除くのに NASCP が大きな役割をはたした。コンドームの値段を 20% 安くし、個人販売の税金を減額し、社会的販売キャンペーンを通じて分配ネットワークを増やした。平均してコンドーム 1 個当たりの価格は 1996 年 0.62US ドルから 2001 年には 0.26US ドルへと 50% 以上の安値となった。

ブラジル AIDS プログラムの中心的存在のひとつは人権の尊重と保護である。保健サービス、仕事、教育及び法的保護へのアクセスに関する個人の権利保護は、予防、治療へのアクセス改善及び流行の影響を受けた人の QOL の改善に貢献する。1997 年に AIDSⅠプロジェクトで設立された人権ネットワークは PLWHA に対して、積極的な法的支援を提供し、執行、司法、法制当局を訓練し、支援教材を準備した。法的支援は NGO との共催で 31 プロジェクトを通じて提供された。法的スタッフの訓練を労働省、司法省、及び全国女性権利委員会との共催で 12 都市において 12 回開催した。

要約するとプロジェクトは当初、リスク行

為を行う集団に焦点を維持することが十分できなかったが、予防活動の対象/ポピュレーションベースを広げること成功した。プロジェクトにより執行された予防活動はアプローチが包括的で、監視報告によると執行も良く、4.1章の成果に貢献している。治療施設での予防が十分に推進されていないことから、治療環境で予防活動介入を行えばさらに益するところがあったと思われる。介入を確実にするためにリスク行為集団の所在を突き止め標的を改善し、NGO サブプロジェクトの応札過程の提案要求で特定グループを優先扱いにすることによって、プログラムの全体効果を高めた。NGO は州内のリスク行為を行う集団だけではなく、様々なタイプの集団をターゲットとして選ぶことができる。不幸にして、ほとんどの介入は評価されておらず、費用効果をもとに介入を選択する可能性は限られている。プロジェクトはマスメディアに大きく頼ったが、国際的にはマスメディアは NGO により行われるピアの行動介入よりも効果が低いことが知られている。相対的影響評価が有益だったかもしれない。

構成要素 2: HIV、AIDS、STD を有する人びとの診断・治療・ケア

ICR 評価：満足

この構成要素は、HIV/AIDS とともに生きる人々に対する診断、治療及びケアの拡充、改善目標到達にすばらしい成功を収めた。NASCP スタッフは、ここで獲得した知識や経験により、比較的資源の乏しい環境下における治療管理体系の国際的専門家に育った。本プロジェクトは性感染症の診断、治療の改善にはあまり成功しなかった。この構成要素は診断、治療、ケアサービスの拡充を支援することによって、入院経費と医薬品、医療品の経費を削減する革新的アプローチを開発した。

HIV/AIDS の診断治療強化は NASCP の土

台になっている。HIV の早期発見は予防・治療の両者にとって重要である。自発的カウンセリングと検査 (VCT) 所数は 1998 年の 104 から 2003 年には 234 箇所へと倍増した。公的保健システム下で行われた HIV 検査の年間合計数は 1997 年の 230 万件から 2002 年には 440 万件に増加した、これはデータが完備した最終年である。HIV 検査を受けた国民は 1999 年 20% だったが、2003 年初めには 30.8% になっている。これは他のラテンアメリカ諸国の報告に比べ相当高い数字であり、米国での数字 (1996 年でこれまでの受検者が 42%) と匹敵するが、まだ、改善の余地がある。VCT が直面しているそのほかの問題は検査と診断結果の告知のタイムラグである。タイムリーに診断結果にアクセスできることは結果を本人に確実に伝えるために重要である。症例によっては迅速検査の導入も遅延削減のために考慮されている。

母子感染 (PMTCT)

HIV と梅毒の母子感染が実質的に拡大している。感染した母親の治療は 1998 年の 2,700 件から 2002 年の 6,000 件に増加している。前節で触れたように、拡大しているにも関わらず公立産科で分娩する 40% の女性しか本プログラムでカバーされず、全体では 3 分の 1 程度しか受療していない。全ての母親が恩恵を受けられるように努力する必要がある。

代替ケアオプション

日帰り入院や専門外来施設 (SAE) は入院費用削減のため早期から導入されてきた。SAE は 1998 年以降 5 倍に増え、日帰り病院も 2 倍近くに増えた。さらに 50 の従来型病院が合計 383 の治療ケア提供を認可された。また、合計 474 の調剤ユニットがある。

抗 HIV 薬治療を受けている患者を十分モニタするために NASCP は白血球サブセット

カウント (CD4+CD8 細胞カウント単位) と血漿ウイルス量測定を国中で行える試験所ネットワークを確立した。国際的参加による独立品質コントロールプログラムも設立した。今日までに 79 の CD4/8 細胞計測能力を有する試験所、66 のウイルス量測定設備を有する試験所が国中に作られた。このうち 27 の CD4/8 試験所と 25 のウイルス試験所が AIDSII プログラムで作られた。NASCAP は CD4/8 用に 56 万試薬、ウイルス検査用に 69 万試薬を供与した。2002 年までに試験所の 90%以上が品質コントロールプログラムに参加し、80%以上が合格した。最近では ART 耐性遺伝子型評価ネットワークが導入され、2002 年現在 14 試験所が参加している。経費の関係で耐性検査は治療上初めてウイルス抑制に失敗した患者に限られている。ラボ施設は最近の HIV 陽転に対して血清学的検査も行う。また、AIDS ワクチン開発、抗 HIV 薬への抵抗性モニタ、抗 HIV 薬の組合わせの改善なども行う。

抗 HIV 薬提供

HAART を含む、抗 HIV 薬供給が 1998 年は 48,000 人だったのが 2003 年半ばで 130,000 人近くにまで増加した。抗 HIV 薬を体系的に供給することは患者を密に追跡しアドヒアランスを確保し、薬剤耐性を生じさせないことを意味する。抗 HIV 薬耐性をしっかりとモニタする本プログラムは利用薬剤の耐性形成を最小限に抑えた。医薬品未経験の HIV 感染患者の HIV 薬剤耐性研究が 2002 年に行われ、ブラジルはヨーロッパや米国と比較し、かなり低い耐性率であることが示された (米国 5-7%、ヨーロッパ 10%に対し、2%)。本プログラムは抗 HIV 薬そのものを提供しないが、政策開発、プロトコル、訓練、政府の抗 HIV 薬普遍的無料アクセス政策履行の政治的支援動員に資金援助を行うことが出来る。

抗 HIV 薬治療を国民全体に提供する政策は連邦政府の AIDS 支出を二倍に増やし 3400 万 US ドル (1997 年) から 5 億 5300 万 US ドル (1999 年) となった。抗 HIV 薬に対する支出は 3400 万 US ドル (1996 年) から 3 億 3600 万 US ドル (1999 年) に増えた (SANCP/保健省)。これに対して政府は経費削減方法を模索しており、これには抗 HIV 薬及びジェネリックの生産というシミュレーションも含んでいる。現在ある 13 抗 HIV 薬のうち 6 つはジェネリック製品が利用可能であり、7 製品を国産し重要な節約を行った。さらに国際的製造業者との価格交渉により、残りの 6 製品についても安価にした。かくて、1997 年から 2001 年の間に抗 HIV 薬の価格が 54% 下がり患者 1 人当たりの年間抗 HIV 薬費用は平均 US\$4,860 から US\$2,223 に削減された (保健省 2003)。TB プログラムとの統合が必要である。

本プロジェクトは市民社会組織 (CSO) のケア及びサポートサブプロジェクトも支援し、在宅ケア、支援グループ、収入確保、心理社会ケアを 369 サブプロジェクトにより実施した。これは PLWHA の人権保護の一部として法的カウンセリング支援に附加されている。また、緩和ケアが 2000 年半ばに開始された。緩和ケアガイドラインと二つの訓練センターが設立され、プロジェクトの終了までに 140 人の専門家が訓練された。

全体としてこの構成要素は抗 HIV 薬の組織的提供とモニタリングを通じて、HIV/AIDS とともに生きる人々の罹患や死亡を減少させ、QOL を改善しさらに治療やケアにおいては入院代替法の活用、ジェネリックの使用により費用効果のより高いアプローチを導入した。本プロジェクトは国際的にも知られるところとなり、多くの国で治療プログラムの導入に当たり技術的助言を提供している。しかしながら、母子感染 (PMTCT) に対しては