

割ほどである。一方でインドネシアの継続率は5割を切っている。

以上より WHO ではアジアの HIV 対策の課題として以下の2つをあげている。

- ・多くの人が HIV 陽性であることを知らずにおり、ART 開始が遅れ、もっとも適切な治療と異なる治療を受け、中途脱落し、包括的なケアのパッケージにアクセスできていない。
- ・Key Population に対してのサービスモデルに従った特異的なアプローチが必要。

### c) アジアの治療薬の現状

WHO のガイドラインが副作用出現率が高い d4T を中止し TDF を第一選択にすることを推奨してから数年がたっている。しかし、アジアでは第一選択薬としての TDF 使用率は低く 18% にすぎない。一方、依然として 30% の人に対して d4T で治療が開始されている。d4T の使用率はミャンマー、カンボジアなどで高くいずれも 50% を超えている。またタイでも 36% と高く、TDF の 15% を大きく上回っている。同じアジアであっても、東ティモールでは 61% の HIV 陽性者が TDF で治療導入されており、d4T での導入はほとんどない。

### d) WHO ガイドラインの主要な変更点

WHO のガイドラインは米国 CDC ガイドラインと大きく異なり、開発途上国でも実施可能な内容となるように配慮をしている。WHO ガイドラインに記載されている内容が全ての開発途上国で実現可能なものではないが、開発途上国の医療事情を反映して作成されており、医療事情の理解に有益である。今回のガイドラインの中で状況の改善を反映したいくつかの重要な変更があった。

#### i) TDF+3TC(orFTC)+EFV を第一選択とする

これは 2010 年以前よりガイドラインに含められていたが経済的な理由で努力目標に過ぎなかった。しかし 2010 年以降の TDF の価格低下により、今回 TDF を推進し d4T を原則中止することが強調され明記された。

#### ii) 治療失敗の指標として Viral Load 検査を推奨

欧米や日本では常識の Viral Load 測定も途上国では経済的な理由から限定的にしか実施できていなかった。しかし、治療が一定普及し薬剤の選択肢も増える中で治療失敗の評価をしながら adherence の維持を測ることが現実性を持った目標となってきたと思われる。

#### iii) community based testing や自己診断キットなども活用した検査の促進

医療機関へのアクセスが悪いため検査へのアクセスが厳しい人々も多いため、より簡便な方法での検査への道を追求している。

#### iv) ARV 治療開始の基準を CD4 500 以下に変更する

DHHS のガイドラインとのギャップを埋めるような方向で進んでいるが、現実には薬剤の不足が深刻な地域もあり、この方針が途上国全体に徹底されるのはまだまだ先のことと思われる。

#### v) 妊婦と授乳中の母親、活動性結核・進行した B 型肝炎との重複感染、陽性カップル、5 歳以下の子供については CD4 に関係なく 3 剤での ART を提供する

このように、より良い治療薬を使用してより早期にシンプルな治療を行うことで、死亡数の減少と対象人口の間でのウイルスのコントロールが可能になるとしている。

## 2. 相談事例からみる各国の状況

タイに関しては、日本で治療が開始されている HIV 陽性者が帰国する際に問い合わせた際、帰国後通院を予定している公立病院で EFV、TDF などの薬剤が公費で提供しうるとの回答を得ることが数年前より増えてきている。しかし、依然として d4T を含むレジメで服薬を続けている人も多く、WHO の調査でも 2012 年末の時点で d4T 服薬中の人は TDF 服薬者の倍以上であった。とはいえ WHO から d4T 使用の中止を促す推奨がつよくなされたことで、今後どのように変更のプロセスが進むか注視してい

くことが必要である。なお、日本人がタイに駐在して働く場合はタイ側の公費負担制度は使えないため、薬剤の使用は価格との相談で決定する必要がある。この間、タイではギリヤード社が提供する TDF の価格が非常に安くなっており従来の AZT、3TC、d4T、NVP、EFV といった中からの選択だけでなく、TDF、FTC を推奨されることが増えるであろう。なお、日本の健康保険を残したまま赴任する場合や、会社の手厚い医療費補助を受けられる場合などで経済的な障害がなければ、日本で処方されているような新しい世代の薬を飲み続けることも選択肢に上るだろう。

マレーシア関連では、2012 年に治療薬についての問い合わせを行った。各州に拠点病院が設置されており、エイズ治療の責任者が配置されている。2012 年 2 月の時点で、第一選択のレジメが AZT or TDF + 3TC or FTC + EFV であり必要に応じて Kaletra が可能となっていた。マレーシア国民に対しては無料で ARV 治療の提供がされているが、自費診療であっても AZT、3TC、EFV での治療が月 2 万円以下と日本での価格より極めて低いコストで提供されており、こうした薬価の低下が政府の治療提供を広げた一つの要因と考えられる。

ベトナムにおいても 2012 年に TDF, FTC, EFV 服薬中の患者の帰国に際し、地域の AIDS 治療の基幹病院である公立病院とやりとりをした。先方は、ちょうど国際機関の支援を得ながらエイズ医療の向上に取り組んでいる病院であり、同じ薬剤での継続が可能であることの連絡を得た。

WHO の調査によると 2012 年の ARV 治療普及率は 18% に過ぎない。しかし、現在インドネシア政府は各地の RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah: 地方公共病院) の中に HIV Unit の整備を進めており、原則的に RSUD で公費負担による ARV 治療が可能である。2013 年に帰国する予定のインドネシア人の治療確保のためにインドネシア側に問い合わせを行った際は、地域の RSUD で ARV 治療が可能であると

の回答を得た。しかし、全ての RSUD で Truvada が可能とは限らないため、Truvada での治療が不可欠な場合はより高次の治療施設に一旦紹介をすることが望ましいとの回答であった。結核合併例での治療についての問い合わせに対しては、Isentress のみならず Rifabutin も一般の施設での利用ができないため、使用が必要な場合はやはりジャカルタの専門施設での相談を勧められた。

## D. 考察

開発途上国での治療薬の使用状況は欧米諸国や日本とは大きく異なっており、10 年以上の遅れが生じていると言っても過言ではない。こうした状況下で、WHO の治療ガイドラインは途上国での実現可能性を吟味しつつ、少しずつ治療環境の底上げを目指している。

今回のガイドライン改訂は薬剤副作用の軽減・早期の治療開始・合併症や妊娠がある場合の治療の強化といった面で大きな前進につながるものである。しかし、開発途上国の医療が厳しい財政的な困難の中で行われている現実からすると、このガイドライン通りの運用ができる国は限定的なものと考えざるを得ない。現実には TDF の導入ですらガイドラインへの収載から数年かかっているように実現への道は平坦ではない。治療開始の基準となる CD4 値の引き上げは、途上国の HIV 陽性者にとって朗報のように聞こえるが、世界基金や二国間援助などによる資金提供の増額がなければ、薬剤の不足から治療中断に追い込まれるケースが出てくる危険もある。

アフリカ諸国・東ティモール・パプアニューギニアなど、国際社会からの支援で治療環境を整えている国では、アメリカ政府や世界基金などの支援によって薬剤の大半が供給されている関係で、ドナー側の判断で近年 d4T の供給が急速に減少し、TDF の使用率が増加している。世界基金から各国に提供された薬剤は公表されており、この記録を見ると 2012 年を境に d4T、AZT から TDF への切り替えが多くの国で起き

ていることがわかる。一方、アジアでは 2000 年代前半にタイやインドで生産された generic 医薬品を利用して ARV 治療の普及を行ってきた経緯があり、TDF への切り替えがアフリカよりも遅れる逆転現象が生じている。とはいえ、今回 WHO が d4T の使用停止を明確に打ち出したことで治療薬の世代交代が促進されることが予測される。2013 年の ICAAP11 でもタイ GPO (政府製薬公社) は、従来普及に力を入れていた GPO Vir (d4T+3TC+NVP の合剤) ではなく、その後開発した GPO z250 (AZT+3TC+NVP) などの新しい配合剤をブースに並べていた。

今回の調査で、アジア太平洋地域の国々で WHO のガイドライン改定に沿った治療環境の整備が進みつつあることが確認された。しかし、いずれの国も困難な財政状況の中で改善の途上に有り、ガイドラインの推奨事項の実現が確実とはいえない。このため日本からアジア太平洋地域の開発途上国等へ居所を移す HIV 陽性者の相談を受ける際には慎重に現地側の状況を確認する必要がある。

## E. 結論

開発途上国の治療環境は日本と大きく異なり、また地域の際も大きいため、国を超えた移動の際には十分な情報の収集による準備が重要である。今後確実な情報収集を可能にするためのネットワークの強化が求められる。

## 参考文献

- 1)WHO statistics [www.who.int/hiv/data/en/](http://www.who.int/hiv/data/en/)
- 2)Special analysis. Futures Institute, 2013  
[www.futuresinstitute.org/Team/stover.aspx](http://www.futuresinstitute.org/Team/stover.aspx)
- 3)Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. June 2013,  
[www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/)
- 4)Hirnschall G.The 2013 Consolidated WHO Guidelines on ARV Use:Implementing to Achieve Maximum Impact.ICAAP11.Bangkok.Nov.2013

[www.who.int/hiv/mediacentre/feature\\_story/hirnschall-icaap11/en/](http://www.who.int/hiv/mediacentre/feature_story/hirnschall-icaap11/en/)

- 5)[www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf)

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 口演

- 1) 沢田貴志. 外国人の HIV 診療の課題と取り組み～言葉・制度・海外事情を中心に～. 埼玉 HIV 感染症研究会 .2013.
- 2) 沢田貴志. 外国人の HIV 診療の課題と取り組み～言葉・制度・海外事情を中心に～. 三重 HIV 感染症研究会 .2014.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
外国人におけるエイズ予防指針の実効性を高めるための方策に関する研究  
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

---

発行：平成 26 (2014) 年 3 月

研究代表者：仲尾 唯治

〒 400-8575 山梨県甲府市酒折 2-4-5 山梨学院大学経営情報学部

電話 055-224-1349 (直通) FAX 055-224-1384 (共用)

E-mail [nakaot@ygu.ac.jp](mailto:nakaot@ygu.ac.jp)

---



