

総 説

予防, 治療, ケア, 支援への普遍的アクセス 国際社会の目標と日本の役割

Universal Access to Prevention, Treatment, Care and Support A Goal of International Community and Challenges for Japan

樽井 正義

Masayoshi TARUI

慶應義塾大学文学部

Faculty of Letters, Keio University

2010年までに「予防, 治療, ケア, 支援への普遍的アクセス (universal access to prevention, treatment, care and support)」を実現すること, つまり必要とするすべての人が利用できるようにすること, これがいま世界の HIV 感染症対策の目標とされている。これは, 多剤併用療法 (HAART) が開発された 10 年前には思いもつかない目標だった。HIV の増殖を抑えて発症を遅らせるこの療法を必要とする人の大部分は途上国に集中しており, そこでの治療の普及は不可能だと, 多くの人が思い込んでいたからだ。この事態は, 20 世紀から 21 世紀への転換期に一変し, 2006 年には普遍的アクセスは国際社会の目標として確認されるに至った。

本稿では, 普遍的アクセスが国際社会の目標とされる道筋を検討する (資料 1)。そのためにまず, 1. 国際エイズ会議に集まる世界の世論が, この疾患への対策を国際社会全体の課題にまで押し上げ, 2001 年に国連エイズ特別総会が開催されるまでの歩みを整理する¹⁾。ついで, 2. 予防と治療という課題の推進に必要な資金を確保し, わけても治療薬の入手を可能にしようとする, いくつかの国際機関による注目すべき対応を指摘する²⁾。さらに, 3. こうした国際的な HIV/AIDS 対策を, 一つには途上国の開発と保健というより広い文脈のなかに位置づけ³⁾, 4. もう一つには, 対策を草の根で担うとともに地球規模の課題として訴えてきた陽性者と NGO の運動から捉え返す⁴⁾。そして, 5. 予防, 治療, ケア, 支援へのアクセスという要請が, HIV/AIDS と基本的人権との関連のなかで形成され, 2006 年の「国連 HIV/AIDS 政治宣言」に採り入れられ, 国際社会の目標とされるまでの過程を明らかにする⁵⁾。最後にこの国際社会の目標が, 日本の学会と社会に提起する国際的国内的課題のいくつかを指摘する。

著者連絡先: 〒108-8345 東京都港区三田 2-15-45

2008 年 4 月 24 日受付

1. HIV/AIDS—国際社会の課題

バンクーバーからダーバンへ 国際エイズ会議 (IAC) は, 1985 年の第 1 回アトランタ会議から 1994 年の第 10 回横浜会議までは毎年開かれていたが, 以降は地域会議 (アジア太平洋では ICAAP) と交互に隔年開催となった。最新の科学的知見と社会的経験が報告されるこの会議から, HIV/AIDS をめぐる国際世論の動向を読みとることができる。

1996 年の第 11 回バンクーバー会議はなによりも, 複数の抗レトロウイルス薬 (ARV) を併用する HAART 療法が紹介されたことによって記憶される。HAART は HIV/AIDS をめぐる状況を大きく変えた。第一に, 発症が抑えられて, エイズで亡くなる人の数は大幅に減少し, HIV 感染症は治療しつつ生活を続けられる慢性疾患となった。抗体陽性という検査結果は死の宣告ではなく, 治療の勧告となり, 検査を受ける動機が強められた。検査が普及する結果として, 第二に, 自分が陽性と知らずに他の人に感染させることが避けられ, 予防も進むことになった。北米と西欧では事態はしばらくはそのように推移した。バンクーバー会議の年にこの疾患は, 米国の 25-44 歳人口の死因の第 1 位になったが, HAART 導入により死亡数はすぐに 4 割以上減少した。

しかし途上国にとって, ARV はあまりに高価だった。皮肉にもバンクーバー会議の標語は「世界は一つ, 希望も一つ」(One World—One Hope)。HAART が開発されるまでは, 感染がやがて発症につながるという病態は北でも南でも同じで, そのかぎりでは世界は一つであり, 治療は共通の希望だった。しかし北では希望は現実になり, 南では反対に絶望が深まることになる。これを感じ取って会議の標語をもじり, 「第三世界, 希望はなし」(Third World—No Hope) という言葉がつくられた。

資料 1

普遍的アクセスへのあゆみ

IAC:国際エイズ会議 G8:先進国首脳会議 UN:国連 CS:陽性者団体・NGO
GF:世界基金 WTO:世界貿易機関 WHO:世界保健機関

	IAC/G8/UN	CS	GF/WTO/WHO	開発と健康
1994	8	10th IAC (横浜)		
	12	パリ・エイズ・サミット		GIPA原則
	12			WTO知的所有権の貿易関連の側面に関する協定 (TRIPS協定)
1996	1			国連合同エイズ計画 (UNAIDS) 発足
	2			
	7	11th IAC (Vancouver)	One World - One Hope	HAART療法発表
1998	7	12th IAC (Geneva)	Bridging the Gap	
1999	6	G8ケルン・サミット		拡大HIPCイニシアティブ
	11			医療へのアクセスをWTO加盟国に求めるアムステルダム宣言
2000	1			国連安全保障理事会エイズ集中討議
	2			
	7	13th IAC (Durban)	Break the Silence	
	7	G8九州沖縄サミット		沖縄感染症イニシアティブ
	9	国連ミレニアムサミット		ミレニアム宣言
2001	4			アフリカ感染症サミット (Abdja)
	6	国連エイズ特別総会 (UNGASS)		HIV/AIDSコミットメント宣言
	7	G8ジェノバ・サミット		世界基金設立決定
	9			国連ミレニアム開発目標 (MDGs)
	11			WTO TRIPS協定と公衆の健康に関する宣言 (Doha宣言)
	12			WHO 経済開発のための保健への投資
2002	1	UNAIDS/OHCHR	HIV/AIDSと人権国際ガイドライン改訂	
				予防・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセス
	1			世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (GFATM) 発足
	3			国連開発資金国際会議 Monterrey合意
	4			WHO必須医薬品リストにARVを追加
	7	14th IAC (Barcelona)	From Science to Action	
2003	8			WTO 一般理事会によるジェネリック薬輸出入許容
	12			WHO/UNAIDS 3 by 5 イニシアティブ
2004	6	G8シーアイランド・サミット		世界HIVワクチン事業を承認し設立する G8の行動
	7	15th IAC (Bangkok)	Access for All	
2005	3			援助効果向上ハイレベルフォーラム パリ宣言
	7			第7回アジア太平洋国際エイズ会議 (ICAAP 神戸)
	7	G8グレンイーグルス・サミット		成果文書アフリカ 治療への普遍的アクセス
	10	国連世界サミット		成果文書 治療への普遍的アクセス
2006	4			政治宣言に対する市民社会勧告
	6	国連エイズ対策レビュー総会		HIV/AIDS政治宣言
				予防・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセス
	7	16th IAC (Toronto)	Time to Deliver	
2007	12			UNAIDS/WHO HIV/AIDS最新情報 推計方法の改善
2008	7	G8北海道洞爺湖サミット		

HIV/AIDS に関しても南北の大きな格差は、HAART の登場によって一層明瞭になった。したがって、1998 年に開催された第 12 回ジュネーブ会議の標語が「ギャップを埋めよう」(Bridging the Gap) とされたのは当然ではあった。とはいえそれはまだ、現実味の乏しいスローガンにとどまっていた。

途上国への治療の導入を、たんなる願望から切実な要求へと大きく転換させたのは、20 世紀最後の年に南アフリカで開催された第 13 回ダーバン会議だった。途上国で初めて開催された IAC の標語は「黙ってはいられない」(Break the Silence)。この標語そのままに、それまで沈黙していた途上国の陽性者たちは、会議場のなかで、そして街頭のデモンストレーションで、「治療をよこせ」(Treatment now) と一斉に大合唱を始めた。

前回、前々回の会議では、自分たちに治療を要求していた欧米のアクティビストたちが、ダーバンではアフリカに治療を届けようと呼びかけていた。しかし先進国からの参加者のなかには、途上国での HAART は経済的のみならず技術的に不可能と見る人が少なくなかった。ARV は副作用が強く、また服用の中断は耐性ウイルスを生じさせかねないので、服薬遵守という課題を陽性者と医療者に課すからだ。途上国では陽性者グループのピア・サポートによって、アドヒアランスはむしろ先進国よりよいことが、やがて立証されることになる。しかしそうなるには、まず HIV/AIDS が国際社会全体で取り組むべき課題であることが、国際政治の場で確認されなければならなかった。

安保理、沖縄、そして UNGASS ダーバン会議と前後して、国際政治の二つの大舞台において、エイズは地球規模の最重要課題の一つであることが確認された。その一つは 2000 年 1 月の国連安全保障理事会であり、アル・ゴア (Al Gore) 米国副大統領を議長に、丸一日かけてエイズ問題が討議された。言うまでもなく安保理は、世界の平和と安全の維持に対して大きな責任を担う機関であり、設立以来、米ソの核兵器や両陣営の軍事的衝突を議題としてきた。東西冷戦終結後、議題は地域紛争やテロへと移るが、一疾患がそれらに勝るとも劣らない安全への脅威として議論された。これが加盟国政府に対してもつ政治的意義はきわめて大きい。

もう一つは先進国首脳会議、7 月の G8 九州沖縄サミットである。議長国日本は途上国支援の保健分野政策として、この前年までの「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII) を発展させ、「沖縄感染症イニシアティブ」(IDI) を発表し、他の先進国にも HIV/AIDS を初めとする感染症に協力して取り組むよう呼びかけた。感染症対策が G8 の主要議題として位置づけられ、以降、途上

国の保健問題はサミットで継続的に審議されることになった。この意味で、日本政府の先駆的な功績は高く評価される。

安保理と G8 サミットでの重要議題となれば、次に採り上げられる舞台は国連総会以外にはない。翌 2001 年 6 月に 3 日間かけて国連エイズ特別総会 (UNGASS) が開催され、「HIV/AIDS コミットメント宣言」が採択された¹⁾。この宣言によって国連加盟の各国政府は、対策指針を共有することになった。

宣言は、「予防」を中心に据え、女性、子ども、個別施策層の人権に配慮し、研究開発を促進するなど、11 領域 103 項と広範囲に及ぶ。そして広汎流行期に入っているサブサハラやカリブにおける青少年の新規感染を、2005 年までに 25% 減少させるといった数値目標も設定された。予防とは別にされた「ケア、支援、治療」という領域名は、草案ではケアと支援だけだったが、途上国政府と NGO の強い要請で治療も加えられた。しかしこれに関しては数値目標も到達期限も示されなかった。

こうした文書は、総花、画餅、抽象的といった批判を免れない。しかし、必要を列挙し、国際的に確認する作業の意義は過小評価されてはならない。途上国での対策に拠出された資金は、1996 年に 2 億 9 千万ドル、2001 年には 16 億 2 千万ドルで、年に 2 億 7 千万ドルの増加だった。それが 05 年には 83 億ドル、つまり UNGASS 以降は年に 16 億 7 千万ドルと 6 倍以上に伸びている²⁾。国連はたしかに無力でないが、無力ではけっしてない。

2. 資金と医薬品—国際機関の対応

資金の調達 国際社会で政治課題が共有され、実現されるには、いくつもの具体的な行動が必要になる。HIV 感染症の予防と治療の促進のためには、まずは資金の調達への、そしてわけても医薬品の供給への途が拓かれなくてはならない。このためにはとくに三つの国際機関の動向が重要だが、そのうちの一つは UNGASS 後に新たに設立されることになる。

G8 九州沖縄サミットで、当時の森喜朗首相は感染症対策のための基金設立を提案した。この構想は、翌 2002 年 4 月にナイジェリアのアブジャで開催された HIV/AIDS、結核、その他の感染症に関するアフリカ・サミットで、コフィ・アナン (Kofi Annan) 国連事務総長が改めて呼びかけたことによって、にわかには現実的な課題となった。そして同年 7 月、イタリアのロマーノ・ブローディ (Romano Brodi) 首相が議長を務めた G8 ジェノバ・サミットで世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM) の設立が決定され、翌 02 年 1 月に発足した³⁾。

世界基金は各国政府によって構成される国連機関ではなく、スイスの法人格をもつ民間財団である。理事会は、南北の政府（公的セクター）の代表のみならず、企業・基金（私的セクター）の代表、そして南北の NGO と感染者組織（市民社会）の代表、計 20 名の議決権をもつ理事と、世界銀行、UNAIDS など議決権のない 4 名の理事からなる。先進国政府代表 7 議席のうち四つはいくつかの国で共有されているが、三つは米国および世界基金の親を自認する日本とイタリアが単独で占めている。

感染症対策の事業を企画して資金を申請する機関（CCM）も、その事業を実施する組織（PR/SR）も、ともに当事国の行政と NGO とによって構成され、当事国の主体性が確保される。申請の審査は、理事会から独立した専門家による機関（TRP）が行い、事業の実施と会計に関する監査・評価は、外部組織（LFA）に委託することによって、有効な事業に対する公正な資金運用が保証される。この官・民・NGO の対等で多様な協力によるまったく新しい形態の機構は、短期間に途上国のエイズ対策資金の 5 分の 1、結核とマラリアでは 3 分の 2 を担うまでに成長した。

医薬品の価格 HIV 対策の一方の車輪、治療の普及の面で大きな障害となっているのが、医薬品の高価格だ。先進国で毎月千ドルを超える治療薬は、月に数十ドルで生活する途上国の人には購入できない。他方で新薬の開発には膨大な費用を要し、これを回収して発明者の利益を確保するには、相応の価格が設定され、特許権という知的所有権によって守られなければならない。ここに先進国製薬企業の財産権と途上国の人びとの健康権とが対立する。

そもそも知的所有権である特許権・著作権には、発明者・創作者に帰属する私的利益の側面と、他の不特定多数の人がその恩恵に与る公共の福祉の側面とがある。読まれない文学作品、利用されない発明では意味がない。特許では公共の福祉をはかるために、出願公開や特許期限のほかに、政府による強制実施（compulsory license）という制度が設けられている。政府には、公共の福祉のために必要と認めるとき、特許権者の許諾が得られなくとも製品化する権限があるということであり、日本の特許法（93 条）にも定められている。

自由貿易を促進するために 1995 年に発足した世界貿易機関（WTO）は、前身の GATT が前年に定めた「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS）」を継承しているが、そこでも強制実施権は認められている（31 条）。日和見感染治療薬や ARV に関しても、この権利が途上国政府にはあることを再確認するために、WTO 閣僚会議は 2001 年に「TRIPS 協定と公衆の健康に関する宣言（ドーハ宣言）」を採択し、03 年の一般理事会では、自国用のジェネ

リック薬製造のみならず、その輸出入の条件も検討された⁴⁾。

しかし 06 年以降、この権利を行使しようとするタイやブラジルの政府と、これを牽制する先進国製薬企業や米政府との間で、実施条件を巡る綱引きが激しさを増している。医薬品は先進国でも市場に委ね切ることのできない特殊な商品であり、個人のアクセスは税金や保険の制度に支えられている。しかし途上国におけるアクセスの確保については、まだ適切な制度が考案されていない。検討は始められたばかりであり、具体的な解決策を探ることが国際社会の焦眉の課題とされる。

医薬品へのアクセス 全世界でプライマリ・ヘルスケアを保証し、適切な健康水準を確保することを目的に、世界保健機関（WHO）は 1977 年に、世界中のだれもが利用してかかるべき**必須医薬品**（essential medicines）のモデルリストを策定し、以降ほぼ 2 年毎に改訂している。その 2002 年改訂の第 12 版に初めて、12 種の ARV が収載された（6.4.2）⁵⁾。これは ARV が、必要とするだれにも利用可能でなくてはならない医薬品と認められたということである。

さらに翌 03 年末に WHO は UNAIDS とともに、**3 by 5 イニシアティブ**を発表した⁶⁾。これは、ARV を途上国の 300 万人に 05 年末までに届けようという意味である。途上国でエイズを発症する段階にある陽性者は推計 600 万人、せめてその半数に治療を提供することが目標として提案された。

この二つのことによって WHO は、ARV を途上国の陽性者にとって高嶺の花ではなく、あたりまえで不可欠の治療と位置づけようとした。3 by 5 は 21 カ国で目標を達成したが、治療を受けることができた陽性者は、途上国全体で 130 万人にとどまった。それでも 2 年間で約 5 倍に増加しており、次の段階への、つまり必要とするすべての人の普遍的アクセスへの、大きなステップとなった。

3. 開発と保健

貧困から開発へ 2001 年のコミットメント宣言以降の国際機関のこうした動向は、やがて普遍的アクセスという標語へと収斂されて行く。しかしそれを見る前に、途上国における HIV/AIDS をめぐる動向の背景、すなわち貧困の解消と開発の促進というより広い文脈を視野に入れておきたい。

第二次世界大戦の戦後復興が一段落した 1960 年代以降、東西両陣営は途上国を自陣営に取り込むために、競って支援を展開した。しかし東の崩壊、冷戦の終結をしおに、90 年代に入ると支援の熱意は失われた。HIV 感染症が途上国、わけてもサハラ以南とカリブで、低流行期から極限流

行期へ、さらには広汎流行期へと急速に進んだのは、まさにそのようなときだった。そのころ先進国政府は、自国における感染拡大をようやく憂慮し始めたところで、途上国の惨状にはあまりにわずかしき注意を向けなかった。

1987年にWHOに**世界 AIDS プログラム (Global Programme on AIDS, GPA)**が設置されたが、これを先駆的に担ったジョナサン・マン (Jonathan Mann) は90年に辞任し、以降活動は停滞した。国連6機関がコスポンサーとなって**国連合同エイズ計画 (UNAIDS)**が設立され、ピーター・ピオット (Peter Piot) がこれを率いたのは96年のことだった。また88年にロンドンで、初めてエイズを議題に保健大臣会合が開催されて140カ国の代表が集まったが、その後6年間、後に述べる**パリ AIDS サミット**まで、同レベルの会議は開かれなかった。この時期は、途上国支援、エイズ対策に関して、空白の90年代と呼ばれている。

途上国の貧困が再び注目され、その解消が国際政治の課題とされたのは1990年代後半であり、それもようやく世紀の転換直前になって、二つの大きなうねりが現れた。その一つは途上国が抱える債務の削減である。財政支援のうち贈与はともかく貸与は、貸す方も借りる方も計画性に欠けると、返済が貧困国にとって過大な負担となり、国家財政と国民の生活を圧迫することになる。

キリスト教文化圏では、救世主の生誕50年あるいは25年の節目の年は聖なる年、喜びの年であり、それ故に罪科を赦し、負い目を免ずる年とされてきた。2000年の千年紀はまさに大いなる祝の年であり、それに向けて、先進国や世銀・アジア開発銀行 (ADB) などに対して途上国が負う債務の免除を求める広範な市民運動 (Jubilee 2000) が形成された。これを受けて99年の**G8 ケルン・サミット**では、重債務貧困国 (HIPC) に対する債務削減の強化 (**拡大 HIPC イニシアティブ**) が合意された⁷⁾。

もう一つは、2000年の国連「**ミレニアム宣言**」の採択と、翌年の「**ミレニアム開発目標 (MDGs)**」の設定である⁸⁾。MDGsは、宣言と90年代の主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものであり、これによって国際社会は、途上国の社会開発が、新たな世紀にまず解決すべき重要課題であることを再確認した。そこには2015年に到達すべき目標が8つに整理され、それを細分化した18ターゲットとその進捗状況を判定するための48指標が掲げられている。8目標のうち3つが保健分野に属するものであり、乳幼児死亡率の引き下げ (目標4) と妊産婦の健康改善 (目標5) と並んで、**HIV/AIDS** その他の感染症対策 (目標6) が挙げられている。

保健と世界経済 ミレニアム宣言とMDGsの策定とき

を同じくして、2000年にWHOの保健とマクロ経済委員会が設置され、翌01年に「**経済開発のための保健への投資**」と題する報告書が公表された⁹⁾。それによれば、途上国のすべての人に最低限の保健医療サービスを提供するには、一人当たり年に30-40ドルを要し、そのためには660億ドルの追加資金が必要になる。途上国自身がそのうち280億ドルを負担すると、先進国には380億ドル、国内総生産 (GDP) の0.1%の拠出が求められる。しかしこれを実施すれば、国際社会は1,800から3,600億ドル、つまり投資額の3倍から6倍の便益を得られるという。

保健への投資は十分有効だというこの提言は、ジェフリー・サックス (Jeffrey Sachs) を委員長に、ノーベル賞受賞者2名を含む18名の委員によって、約100の報告書を踏まえてまとめられた。日本からは元大蔵省財務官の加藤隆俊が参加し、また世界基金の初代事務局長を務めたりチャード・フィーチャム (Richard Feachem) も委員だった。**HIV/AIDS**は貧困の結果であるとともにその原因でもあるが、この悪循環は、**HIV/AIDS**対策の強化を含む人びとの健康への投資によって断ち切ることができる。これを科学的に論証したことが、この報告書の大きな功績である。

途上国に対する先進国による政府開発援助 (ODA) の目標値として、**国民総所得 (GNI) の0.7%**という数値が、1970年の国連総会で設定されている。保健のための0.1%というのは、その7分の1に当たる。0.7%目標は、その2015年までの達成が**MDGs**の指標の一つとされているが (指標33)、同じ目標は、02年にメキシコのモンテレイで開催された**国連開発資金国際会議**においても確認されている (**モンテレイ合意**)¹⁰⁾。この会議は、**MDGs**の実現に向けて、資金を確保する方策を検討するために開催され、貧困国の債務緩和と並んで**ODA**の大幅な引き上げが先進国の課題とされた。会議での合意を受けて、欧米先進諸国は2000年以降の**ODA**増額をさらに加速しようとしており、仏は12年、英は13年に0.7%目標を達成することをすでに公言している。また集められた資金を有効に活用するために、05年にパリで、**経済協力開発機構 (OECD)**の**開発援助委員会 (DAC)**による**援助効果向上ハイレベルフォーラム**が開催され、一つの途上国に対する複数の援助国や機関の間を調整する枠組みがつくられた (**パリ援助効果向上宣言**)¹¹⁾。

4. NGO/CBO と GIPA

NGO と国際ネットワーク 途上国の貧困を削減し社会開発を推進するという目標にとって、人びとの健康を向上させるという課題は、その一部であるとともに、基礎ないし前提をなしてはいる。開発を求める主体は途上国政府だが、保健では健康を脅かされている人びと自身が直接の主

体であり、自国の政府と国際社会に対して、健康に生きる権利の擁護を求めている。HIV/AIDSでは、途上国でも、また先進国でも、この疾患によって深刻な影響を受けている人びとが、まっさきに予防と治療の問題に取り組み、他の人びとの、わけても政府と社会の指導者たちの関心を喚起してきた。

米国の疾病管理センター (CDC) が最初の AIDS 症例を報告したのは1981年6月だったが、その2ヶ月後、ラリー・クレイマー (Larry Kramer) たち男性同性愛者が、この疾患を自分たちの危機ととらえて活動を開始した。この危機をそのままに団体の名前 (Gay Men's Health Crisis, GMHC) としたのは翌年1月、AIDSという言葉がつくられる半年もまえのことだった。アフリカで最初の当事者グループ (The AIDS Support Organisation, TASO) が、夫をエイズで亡くしたノエリン・カリーバ (Noerine Kaleeba) たち16人によってウガンダで結成されたのは87年、これがその後多くの NGO/CBO 活動のモデルとされた。

こうした草の根の活動は、南北を問わず世界の各地で展開された。そしてほどなく、地球規模のネットワークが形成され、国際会議のコスポンサーとして発言力を獲得するとともに、国際政治にも大きな影響を与えるようになった。ドン・ドゥガニエ (Donald de Gagne) が初代の代表をつとめた陽性者ネットワーク GNP+ (Global Network of People living with HIV/AIDS) の前身 (International Steering Committee for People with HIV/AIDS) がつくられたのは1986年の第2回 IAC パリ会議でだった。女性陽性者のネットワーク ICW (International Community of Women Living with HIV/AIDS) の設立は92年第8回のアムステルダム会議においてであり、アジア太平洋のネットワーク APN+ (Asia Pacific Network of PLWHA) の発足は94年だった。

HIV/AIDSに取り組む NGO/CBO のネットワーク ICASO (International Council of AIDS Service Organizations) は、リチャード・ブルジンスキー (Richard Burzynski) を事務局長に1990年に創設され、地域のネットワーク APCASO (Asia Pacific Council of ASO) は92年に発足した。

この疾患の影響を直接間接に受けている当事者たち、つまり陽性者団体を含む NGO/CBO は、まっさきに取り組みを始めたというだけでなく、取り組むべき現状と課題をもっともよく知っている。したがって社会がこの問題に対応するには、行政や医療の専門家だけでなく、当事者わけても陽性者が、対応の企画、実施、評価のすべての過程に積極的に加わることが不可欠になる。このことは、いま見たような80年代からの当事者の活動を通して実証され、国際的に広く認知されることとなった。このことを示すのが GIPA すなわち「陽性者の参画の拡大 (a greater involvement of people living with HIV/AIDS)」という原則で

あり、それは1994年に42カ国が参加して開催された前述のパリ AIDS サミットにおける宣言の眼目をなすものだった (資料2)¹²⁾。

資料2

GIPA 陽性者の参画の拡大

陽性者の参画の拡大 (a greater involvement of people living with HIV/AIDS) が行われることを、陽性者 (PLWHA) と地域の NGO (CBO) のネットワークの能力と連携を強化するというイニシアティブをとおして支援する。陽性者の十分な参画をすべてのレベル—国家、地域、国際—で、HIV/AIDS に取り組む我々の共通の対策において保障することによって、わけてもこのイニシアティブは、政治的、法的、社会的に対策を支援する環境の創出を促すだろう。

パリ宣言 パリ・エイズ・サミット 1994年12月1日

陽性者による治療の実現 ARV 治療へのアクセスはまず先進国で普及し、ついで途上国にも導入され始めているが、それを実現したのは、北でも南でも、陽性者のたゆまぬ運動であることに変わりはない。直接行動で知られた ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power) が結成されたのは1987年、米国での最初の行動は、余りに高価な AZT の価格引き下げと悠長な政府の新薬審査プロセスの迅速化という具体的要求を掲げた、200人によるウォール・ストリートでのデモだった。

日本では1989年に大阪と東京で、血友病の陽性者が国と製薬企業を提訴し、96年3月に和解を勝ち取った。薬害の防止と被害の救済のための恒久対策への闘いは、それまでと同様それ以降も続けられ、新薬の迅速審査と拡大治験の導入 (96年) や障害認定・更生医療の適用 (98年) が実現された¹³⁾。

ブラジルでも1990年に、陽性者団体 GIV (Grupo de Incentivo à Vida, Group for Life Incentive) が結成された。政府に治療の提供を求めて訴訟を起こしたのは、ICW のメンバー、ナイア・ブリトー (Nair Soares de Brito) だった。訴えの根拠は、88年に制定された新憲法の、健康は国民の権利にして国家の義務、という規定だった。訴えが認められ、ARV 無料配布制度が導入されたのは1996年、HAART が登場した年だった。

タイでは1995年にチェンマイで国際陽性者会議が開催されたことも一つのきっかけとなって、陽性者のセルフヘルプグループが各地に形成された。北部、北東部、中央部の地域ネットワークが他地域のグループに呼び掛けて、97年に初の全国大会が開かれ、ネットワーク TNP+ (Thai Network of People Living with HIV/AIDS) が結成された。99年には全国6地区のネットワークにより第2回大会が

開催され、治療へのアクセスが陽性者の最重要課題であることが確認された。そして TNP+ の調査により、ニューモシス肺炎で多くの陽性者が亡くなっているにもかかわらず、予防投与を受けているのは半数以下であることが明らかにされた。

そこで日和見感染症とエイズの治療を求める運動が組織され、これを受けて政府は、2001年に HAART の無料治療 (Access to Care, ATC) をパイロットプロジェクトとして開始した。同じ年の 30 パーツ保健政策実施をてこに、02 年には政府製薬機構 (GPO) による ARV 製造が開始され、03 年には国家無料 ARV プロジェクト (National Access to Antiretroviral Program for PHA, NAPHA) が導入された。

南アフリカで陽性者の治療を求める TAC (Treatment Action Campaign) が 15 名で結成されたのは 1998 年、2000 年のダーバン会議のときに要求行動の中心にいたのは彼らだった。こうした運動に押されて、政府が HIV/AIDS 包括的ケア・マネジメント・治療実施計画 (Operational Plan for Comprehensive HIV/AIDS Care, Management and Treatment for SA) を約束したのは 03 年のことだった。

こうした途上国の陽性者の要求を、先進国の NGO も強力に支持している。例えば、国境なき医師団 (MSF) など必須医薬品の普及を目指す NGO は 1999 年に「WTO 加盟国に対して医薬品アクセスを求めるアムステルダム宣言」を採択した¹⁴⁾。2001 年のドーハ宣言の背後に、各国と国際社会でのこうした運動の蓄積を指摘することができる。

5. 普遍的アクセス—世界と日本の課題

普遍的アクセス 予防、治療、ケア、支援への普遍的アクセスという主張が初めて明示されたのは、UNAIDS と国連人権高等弁務官事務所 (OHCHR) が 2002 年に刊行した「HIV/AIDS と人権国際ガイドライン」の改訂版においてだった (資料 3)¹⁵⁾。

HIV/AIDS の対策においては、言うまでもなく人権への、とくに陽性者と個別施策層の人権への配慮が不可欠である。というのも第一に、抗体検査を受ける人のプライバシーの権利に配慮すること、陽性者を偏見と差別から擁護することがおろそかになれば、検査や治療は敬遠され、予防を進めることも困難になるからだ。第二に、対策においてもっとも協力が求められる個別施策層は、社会のなかで弱い立場に置かれている人びと、つまり人権が侵害されやすい人びとであり、その人びとの人権への配慮が、対策においてはとくに求められる。これを世界は、初期の管理型対策の失敗から、痛みとともに学んだ。そこで 1996 年に、発足したばかりの UNAIDS は OHCHR とともに、陽性者団体など NGO の代表を招待して、豪最高裁判事のマイケル・カービー (Michael Kirby) を議長に HIV/AIDS と人

権に関する国際諮問委員会を開催し、最初の国際ガイドラインを策定した。

このガイドラインでは、陽性者や弱い立場の人が差別を受けない、つまり社会が侵害や干渉をしないという自由権が強調されていた。しかしダーバン会議と UNGASS を経て、必要な人が予防教育や医療を受けられる、つまりそれを社会が提供するという社会権が注目されるようになった。そこで諮問委員会が改めて開催され、ガイドライン 6 の「財、サービス、情報に関する法規」という表題は、「予防、治療、ケア、支援へのアクセス」と改められた。そして、ARV を含む「HIV/AIDS の予防、治療、ケア、支援のための良質な資財、サービス、情報」へのアクセスをすべての人に確保する方策を、政府に対して求めるという項目が追加された。

予防、治療、ケア、支援へのすべての人のアクセスという表現が、国際政治の場で受容され、定着するにはさらに時間を要した。これまでに見たように、陽性者団体を含む NGO による各国政府と国際社会へのたゆまぬ働きかけと、さまざまな国際機関や国際会議におけるこれをめぐる議論が重ねられなければならなかった。

市民社会の要求は、2004 年の IAC バンコク会議で、「アクセスをすべての人に」(Access for All) という標語に表された。これに対する国際政治の対応として、翌 05 年の G8 グレンイーグルス・サミットの成果文書アフリカでは、「2010 年までに必要とする全ての人びとに治療への可能な限り普遍的なアクセスを与えることに向けて、HIV 予防、治療、ケアのための包括的対策を策定し実施する」という年限を定めた目標が初めて示された。同年の国連世界サミットの成果文書でも、この表現は踏襲された¹⁶⁾。

さらにその翌年の 06 年、UNGASS から 5 年を経て国連エイズ対策レビュー総会が開催された。ここではコミットメント宣言での国際公約の進捗が検証され、これを踏まえて新たに「HIV/AIDS 政治宣言」が採択された。これに向けて、前年の G8 開催国英の国際開発省 (DFID) と UNAIDS が共同議長となり、普遍的アクセスを目指す地球規模実行委員会がつくられ、世界 8 地域で諮問会議が開催された。委員会が集約した議論に基づいて国連事務総長報告が書かれ、これが宣言草案に反映された。宣言作成には NGO も強い関心をもって「市民社会勧告」を提起したが、その 60 項のうち 9-18 項は、普遍的アクセスに直接に関わるものだった¹⁷⁾。この勧告に署名した 153 団体には、日本 HIV 陽性者ネットワーク (JaNP+) とエイズ・アンド・ソサエティ研究会議 (JASA) も含まれている。

こうした事前の広汎な検討と、直前の文案確定の非公式折衝における厳しい議論を経て、普遍的アクセスという表現がようやく宣言に加えられることになった。すなわちそ

資料3

HIV/AIDSと人権 国際ガイドライン

国連合同エイズ計画 (UNAIDS)・国連人権高等弁務官事務所 (OHCHR)

ガイドライン1: **国内体制** 国は、HIVに対応するための効果的な国内体制を確立し、これにより、すべての省庁が参加して調整をはかり、HIVの政策と計画の責任を統合し、透明で責任あるアプローチを保障すべきである。

ガイドライン2: **コミュニティとの連携支援** 国は、政治的財政的支援により、HIV政策の立案、計画の実施および評価のあらゆる段階で、コミュニティとの協議が行われること、またコミュニティ団体が倫理、法律、人権の分野を含めて独自の活動を効果的に遂行できることを保障すべきである。

ガイドライン3: **公衆衛生関連法** 国は、公衆衛生関連法の見直しと改正を行い、これにより、HIVによって生じた公衆衛生の問題に的確にとりくむこと、他の感染症に適応される規定がHIVに不適切に適用されないこと、また国際的な人権尊重義務にしたがうことを保障すべきである。

ガイドライン4: **刑事関連法および矯正制度** 国は、刑法と矯正制度の見直しと改正を行い、これにより、法制度が国際的な人権の義務にしたがうこと、HIVに関して、弱い立場のグループに対して、濫用されないことを保障すべきである。

ガイドライン5: **反差別および人権保護法** 国は、反差別立法などの保護立法を制定あるいは強化し、これにより、弱い立場のグループ、陽性者、障害者を公的機関でも民間でも差別から守り、人間を対象にする研究においてプライバシーと守秘と倫理を保障し、教育と調停を強化し、迅速で有効な行政上、民事上の救済を規定すべきである。

ガイドライン6: **予防、治療、ケア、支援へのアクセス** 国は、HIV関連の資財、サービス、情報に関する規則を制定あるいは強化し、これにより良質な予防手段やサービス、適切な予防やケアの情報、安全で効果的な医薬品を入手可能な価格でだれにでも提供できるようにすべきである。

国はまた、すべての人に対して、持続する平等な基盤のうえに、HIVの予防、治療、ケア、支援のための良質な資財、サービス、情報の利用とアクセスを保障する方策を講じるべきである。それには、ARVその他の安全で有効な薬剤、診断、およびHIV感染症、日和見感染症、関連症状の予防・治癒・緩和ケアに関連する技術が含まれる。国は、こうした方策を、国内と国際のレベルで、弱い立場の

個人と集団とくに配慮して講じるべきである。

ガイドライン7: **法的支援サービス** 国は、法的支援サービスを実施し支援し、これにより、HIVに影響をうけた人々に自分たちの権利について教育し、その権利を行使するための無料法律サービスを提供し、HIV関連の法的問題について専門的知識をたくわえ、裁判所だけでなく法務省、オンブズパーソン、保健についての申し立て、人権委員会などの保護手段を利用できるようにすべきである。

ガイドライン8: **女性、子ども、その他の弱い立場のグループ** 国は、女性、子ども、その他の弱い立場のグループを支援し力をつける環境を、コミュニティと共同で促進すべきであり、これはコミュニティとの対話やとくにコミュニティのための社会的・保健的サービスと支援をとおして、根底にある偏見と不平等と取り組むことによって行われる。

ガイドライン9: **教育、研修、メディアを通じた差別的態度の変容** 国は、HIVにともなう差別や偏見の態度を理解と受容へ変えるという明確な意図をもつ創造的教育、研修、メディアプログラムを、広範囲にかつ継続的に普及させることを促進すべきである。

ガイドライン10: **公共および民間の規範とこれを実施するメカニズムとの開発** 国家は、政府と民間とが人権の原則を職業上の責任と実践の規範とし、HIVに関する行動規範の開発、また同時にその規範を実行し遵守するメカニズムの開発を保障すべきである。

ガイドライン11: **国による人権擁護の監視と実施** 国は、陽性者、その家族、コミュニティの人々の人権を含むHIV関連の人権擁護を保障するために、監視と実施メカニズムを確保すべきである。

ガイドライン12: **国際協力** 国は、UNAIDSを含む関係するあらゆる国連機関と協力し、HIV関連の人権問題について経験と知識を共有すべきであり、また国際レベルでHIVにかかわる人権擁護の効果的なメカニズムを保障すべきである。

第3回HIV/AIDSと人権に関する国際諮問委員会(2002年1月)により、ガイドライン6の表題を改訂、第2,3パラグラフを追加

の20項には、「2010年までに包括的予防プログラム、治療、ケア、支援への普遍的アクセス達成に向けて、HIV感染者、立場が弱くもっとも影響を受けやすい人々、市民社会や民間セクターの完全かつ積極的な参画のもと、広範な、分野を越えた予防、治療、ケア・支援の実現のために、各国が主導する持続的、包括的対策の拡大に必要な努力を追求する」と記されている。ここに、普遍的アクセスが国際社会全体の緊急の課題であることがはっきりと示されることとなった¹⁸⁾。

日本の課題 予防、治療、ケア、支援への普遍的アクセスはG8サミットや国連で重ねて確認された既定の国際的課題であり、日本政府も当然これを支持している。2010年実現という目標に向けて、政府のみならずHIV/AIDSに関わる私たち、つまり研究者、医療者、そしてNGOで活動する者には、可能な努力を続ける責務があるだろう。

日本の課題の第一は、途上国における普遍的アクセス実現への開発援助である。冷戦終結後の1990年代、「援助疲れ」の欧米に代わり、日本がバブル経済と円高もあってODA 拠出額世界第1位を独走していた。しかし、新世紀に入ってMDGsが定められると、それに向けて欧米はODAの増額を始めたが、反対に日本は聖域なき構造改革により減額に転じ、2001年には首位を米に明け渡した。07年には、97年を100として一般歳出予算は107、これに対してODAは62と3分の2以下に落ち込んでいる（ちなみに約7兆円の公共事業費は81、5兆円近い国防費は97）。その額7,300億円は米の3分の1を超える程度、独仏英にも抜かれ、前年の3位から5位に後退した。対国民総収入(GNI)比は0.17、DAC22ヶ国中20位に低迷している¹⁹⁾。世界基金には07年度に213億円を拠出したが、これは米仏英に次ぐ第4位で、理事会に単独議席をもつ基金提案国には一層の健闘が求められる。

日本は内外にさまざまな問題を抱えながらも世界第2位の経済大国である。G8九州沖縄サミットがそうであったように、相応の財政的援助あるいは指導力ないし智恵を国際社会に示すことが、08年の第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)とG8北海道洞爺湖サミットで問われることになる²⁰⁾。

第二に、普遍的アクセスという目標は、国内においてもさまざまな課題を提起している。まず予防だが、周知のように日本における新規感染は増加の一途をたどっており、それは東アジア諸国と傾向を同じくしているが、先進国では比類ない急増と言える。新規感染の6割を占める男性同性愛者に対する啓発は、当事者によって工夫が積み重ねられている。しかし、必要とする人に適切な予防情報が届いているのか、そのために資源が十分に投入されているかと

いう問いに対しては、未だ不十分と答えざるをえない。

予防のみならず治療とケアもだが、日本に滞在している外国人には言葉と文化、さらには費用も障害となって、予防情報や検査と診療のサービスへのアクセスが妨げられている。健康保険をもたない超過滞在者はとくにそうだ。これまでに報告された陽性者の2割以上、新規報告でも1割以上が外国籍だが、発症してからと言うより重症化して初めて受診する例が増加している。この疾患に限ったことではないが、最低限、救急医療を受ける権利を保障する制度の確立は急務である。

日本では医療体制が整い、HIV診療も前述のように血友病患者を中心とした運動によって優れた水準にある。しかし都市部と地方、また医療機関の間にも格差があり、特定のエイズ治療拠点病院に患者が集中する傾向にある。また、検査と相談については、関係者の尽力によって件数が顕著に増加し、それに伴って新規の陽性報告が増えている。しかし、検査が奨励されるほどに、陽性者増への対応が拡充されてはいない。陽性者には医療機関における治療とケアに加えて、NGO/CBOによる生活上のさまざまな支援も提供される必要がある。そうした需要が拡大し続けるなかで、支援事業は人的物的資源の確保に苦慮している。NGO/CBOの事業が適正に評価され、必要な財政援助が提供されて、支援を必要とする人のアクセスが保障されることが求められる。

注

- 1) HIV/AIDSに関するコミットメント宣言, Declaration of Commitment on HIV/AIDS. http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf. 邦訳は, http://www.ajf.gr.jp/lang_ja/activities/commitment.pdf. UNGASSとコミットメント宣言については, エイズ&ソサエティ研究会議編, エイズを知る, 角川書店, 2001所収の抽稿(第11章)参照。なお, 2000年からUNGASSを経て02年までの日本と世界の動向については, 宮田一雄, 世界はエイズとどう闘ってきたのか 危機の20年を歩く, ポット出版, 2003参照。
- 2) UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic, a UN-AIDS 10th anniversary special edition, 2006, p 73, Fig. 3.8.
- 3) 世界基金については, 関英一, 世界エイズ・結核・マラリア対策基金について, 日本エイズ学会誌 8: 100-114, 2006, および世界基金支援日本委員会のウェブサイト <http://www.jcie.or.jp/fgfj/top.html> 参照。
- 4) TRIPS 協定, 知的所有権の貿易関連の側面に関する協定, Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_

- 01_e.htm. 邦訳 <http://www.jpo.go.jp/shiryousonota/fips/trips/ta/mokuji.htm>. TRIPS 協定と公衆衛生に関する宣言, Declaration on the TRIPS agreement and public health, 14 November 2001, http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm. 邦訳 http://www.ajf.gr.jp/ja/03/kansensyo_old/wto_campaign.html. 一般理事会決定, Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health, Decision of the General Council of 30 August 2003, http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm. この決定については, WTO ドーハ・ラウンド交渉メールマガジン, 第 69 号 2003/9/30, <http://www.wtojapan.mofa.go.jp/mailmagazine/backnumber/melmaga69.html> 参照。
- 5) 12th Model List of Essential Medicines, 6. Anti-infective medicines, 6.4 Antiviral medicines, 6.4.2 Antiretroviral medicines. in : The Selection and Use of Essential Medicine. Report of the WHO Expert Committee, 2002. WHO Technical Report Series 914. <http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/TRS933SelectionUseEM.pdf>. also : <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76618.pdf>
- 6) 3 by 5, <http://www.who.int/3by5/en/>
- 7) ケルン債務イニシアティブに関する G7 蔵相のケルン経済サミットへの報告書, Report of G7 Finance Ministers on the Köln Debt Initiative to the Köln Economic Summit, <http://www.g8.utoronto.ca/finance/fm061899.htm>, 邦訳, <http://www.mof.go.jp/daijin/1e074.htm>. 債務問題とジュビリー 2000 については, 北沢洋子, 債務と貧困, Jubilee2000 総括論文, <http://www.jca.apc.org/~kitazawa/> 参照。
- 8) ミレニアム宣言, Millenium Declaration, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>, 邦訳 http://www.mofa.go.jp/mofaj/kaidan/kiroku/s_mori/arc_00/m_summit/sengen.html. ミレニアム開発目標, Millennium Development Goals (MDGs) <http://www.unmillenniumproject.org/goals/index.htm>, 邦訳 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs.html>.
- 9) 保健への投資, Commission on Macroeconomics and Health, Investing in Health. WHO 2002. <http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/investinginhealth02052003.pdf>. 加藤隆俊, 「経済開発のための保健への投資」に関する 8 つの疑問に答える. 開発金融研究所報, 第 11 号, 2002 参照。
- 10) モンテレイ合意, Monterrey Consensus, II D 42, in : Report of the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18-22 March 2002, <http://www.unmillenniumproject.org/documents/aconf198-11.pdf>
- 11) パリ援助効果向上宣言, Paris Declaration on Aid Effectiveness, Paris, France, March 2, 2005, <http://www.aidharmonisation.org/> 外務省, パリ援助効果向上ハイレベルフォーラム概要と評価 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/dac/hl_forum_gai.html 参照
- 12) パリ宣言, The Paris Declaration, IV.1, Paris AIDS Summit, 1 December 1994. http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf
- 13) エイズ治療薬の今後の取り扱いについて, 厚生省薬務局 平成 8 年 1996 年 4 月 <http://www.lap.jp/lap2/data/ks/koutiryo.html>. ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について 平成 10 年 2 月 4 日 社会保険庁保険発第一号 http://api-net.jfap.or.jp/mhw/document/doc_02_35.htm
- 14) WTO 加盟国に対して医薬品アクセスを求めるアムステルダム宣言, Amsterdam Statement to WTO Member States on Access to Medicine <http://www.cptech.org/ip/health/amsterdamstatement.html>. この宣言は, MSF (Médecins Sans Frontières), HAI (Health Action International), CPTech (Consumer Project on Technology) が 1999 年 11 月にアムステルダムで開催した会議で採択された。
- 15) HIV/AIDS と人権国際ガイドライン, UNAIDS/OHCHR, International Guideline on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated Version, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- 16) グレンイーグルズ・サミット成果文書アフリカ, 18 (d), G8 Gleneagles 2005, Official Documents, Africa, <http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2005/africa.pdf>. 邦訳 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/gleneagles05/s_01.html. 2005 年世界サミット成果文書, II57 (d), 2005 World Summit Outcome, II 57 (d), <http://www.unmillenniumproject.org/documents/UNworldsummit.pdf>, 邦訳 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/unsokai/pdfs/050916_seika.pdf.
- 17) 国連 AIV/AIDS 政治宣言に対する市民社会勧告, A Call for Political Leadership : Community Sector Recommendations for the UN Political Declaration on HIV/AIDS, ICASO, 2006 <http://www.icaso.org/publications/>

[ACallForPoliticalLeadership.pdf](#)

- 18) HIV/AIDS に関する政治宣言, Political Declaration on HIV/AIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf, 邦訳 http://www.ajf.gr.jp/lang_ja/activities/declaration.pdf. 国連総会と宣言をめぐる世界と NGO の動向については, AJF/JaNP+/JASA, グローバルなエイズ対策への市民社会の参加—2006 年国連エイズ対策レビュープロセスへのアドボカシーの記録. 2006. http://www.ajf.gr.jp/lang_ja/activities/ungass2006.pdf 参照。
- 19) 外務省, 政府開発援助 (ODA) 白書 2007 年版, p69, <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo.html>, OECD, 2007 年の ODA, http://www.oecd-tokyo2.org/pdf/theme_pdf/development_pdf/20080404oda.pdf.
- 20) 先進国が途上国を援助する義務については, 樽井正義, 援助される権利と援助する義務—一人々の健康を守るために, 兵藤智佳編, 知る・考える・行動する保健医療, 早稲田大学平山郁夫記念ボランティアセンター, 2007, <http://www.jcie.or.jp/fgfj/07/c13.html> 参照。