



アジア

アジアで最も HIV 感染率が高いのは東南アジアだが、国ごとに流行の傾向は多様である。カンボジア、ミャンマー、タイでは HIV 感染率は低下傾向がみられるものの、インドネシア、とくにパプア州と、ベトナムでは HIV 感染率は上昇を続けている。インドの HIV 感染者の推定数は過去と比べて減少したものの、HIV の影響は現在も深刻である。2007 年、アジア全体の HIV 感染者数は 490 万人〔370 万–670 万人〕と推定され、このなかには昨年新たに HIV に感染した 44 万人〔21 万–100 万人〕も含まれる。同年のエイズによる死亡者数は 30 万人〔25 万–47 万人〕である。

HIV 感染の報告は中国全土でなされているものの、実際には HIV 感染者は河南省、広東省、広西壮族自治区、新疆自治区、雲南省に集中しているとされる (Ministry of Health China, 2006)。2006 年、中国の HIV 感染の半分弱は、HIV に汚染された注射器具を使って薬物を使用したことによる感染であると推定される。残りの半分は無防備な性行為によるものである (Ministry of Health China, Lu et al., 2006)。

薬物注射が HIV 感染の主な原因である一方で、最近のデータから、主要都市では男性とセックスする男性 (MSM) の HIV 感染が増えており、HIV 感染の 7% が男性間の危険な性行為によるものであることがわかっている (Ku et al., 2006)。MSM の HIV 感染率は上海で 1.5% (Choi et al., 2007)、中国南部で 1.7% (Tao et al., 2004; Zhu et al., 2005)、北京で 4.6% (Choi et al., 2003; Ma et al., 2006)。薬物注射とセックスワークが重複していることが中国における HIV の流行の特徴である。一部地域では、薬物注射をする女性が増えており、そのほぼ半分が売春を行っている。薬物注射をする男性の多くが買春をしており、多くの場合、コンドームを使用していない (Hesketh et al., 2006)。

新しく精度の高い HIV 推計により、2006 年現在、インドの HIV 感染者数は約 250 万人〔200 万–310 万人〕、成人の HIV 感染率は 0.36% であることが明らかになった。HIV 感染者数は過去に比べて減少しているが、HIV の影響がいまだに深刻であることには変わらない。

インドの HIV 感染者数が下方修正されたことは、サーベイランスシステムの拡大・改善と、より厳正で高度な方法が適用されたことに由来する。最近の全国的な住民調査 (2005–2006 年に実施された国民健康調査 3、NFHS-3) の結果を推定プロセスに組み込んだことで、感染者数が大きく修正された。この調査では 10 万人以上が HIV 感染となり、これは HIV に関する項目を組み込んだ初めての全国的な住民調査となった (NFHS-3, 2007)。

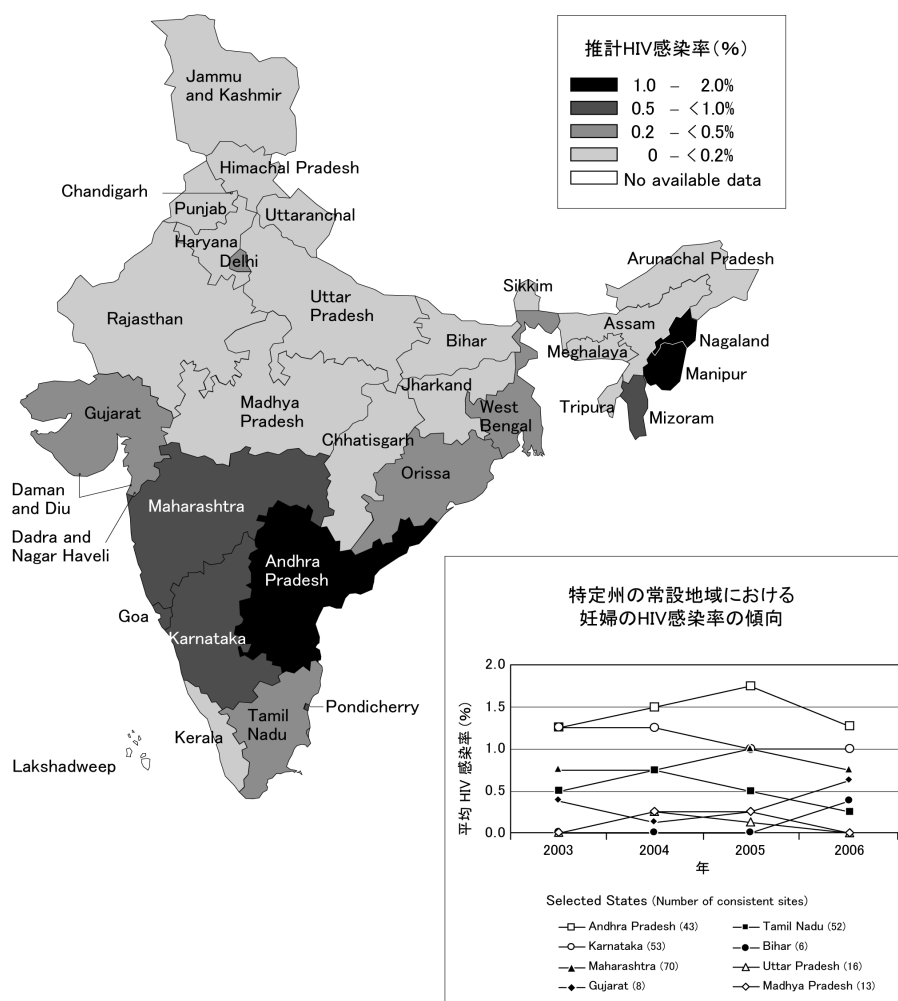
また、インドでは近年、HIV センチネル・サーベイランス・システムが拡大され、サイト数は 1998

年の 155 カ所から 2006 年には 1,120 カ所に増加している。周産期クリニックを受診した妊婦と性感染症科の受診者、HIV 感染のリスクの高い人口集団のデータがそれぞれサーベイランスに組み込まれている。

インドにおける HIV の流行傾向は、州によってさまざまである。国内の HIV 感染者の大半を占める南部 4 州（アンドラ・プラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ、タミール・ナドゥ）でも、HIV 感染率には差があり、特定の地区に集中する傾向がある（NACO, 2005a; World Bank, 2005）。最近の全国的な住民調査（NFHS-3, 2007）における成人の感染率は、ウッタル・プラデシュ州で 0.07%、タミール・ナドゥ州では 0.34%、マハラシュトラ州が 0.62%、カルナタカ州で 0.69%、アンドラ・プラデシュ州で 0.97%、マニプール州で 1.13% である。その他の州の感染率は合わせて 0.13% であった。2000-2004 年のセンチネル・サーベイランスのデータの分析から、南部の州全体の HIV 感染率は北部の州の 5 倍であることがわかっている（Kumar R et al., 2006）。しかし、平均感染率が低い州でも、一部の集団（おもに HIV 感染リスクの高い人口集団）に高い HIV 感染率が報告されており、現状に安心してしまうことに対して警鐘を鳴らしている。

図 8

州別の推計 HIV 感染率 (成人 15-49 歳) (インド, 2006 年)



規模を拡大して行われた 2006 年のセンチネル・サーベイランスでは、タミール・ナドゥ州、マハラシュトラ州、カルナタカ州、アンドラ・プラデシュ州の妊婦の HIV 感染率は横ばいか、低下傾向を示している。しかし、セックスワーカー、注射による薬物使用者 (IDU)、MSM の HIV 感染率が高い州もある。HIV に汚染された薬物注射器具が主なリスクであるインド北東部では、HIV 感染はセックスワーカーとその客、そしてそれぞれの性行為の相手の間に広がっている (Kumar et al., 2005)。特定の人口集団に対する予防対策が行われている州、とくにタミール・ナドゥ州や南部のその他の州では、セックスワーカーを対象とした予防対策がある程度の成功を収め、セックスワーカーの HIV 感染率は下がっている。しかし、性産業はさまざまであるために、予防対策は一筋縄ではないことが多い (Char, Piller & Strike, 2003)。

パキスタンでは、IDU の HIV 感染率が上昇している。カラチでのある調査によれば、IDU の HIV 感染率は 2004 年には 1%未満だったが、2005 年には 26%と推定される (Emmanuel, Archibal & Altaf, 2006)。別の調査では IDU の HIV 感染率は、アフガニスタンとの国境の町クエッタでは 24% (Nai Zindagi and Associates, 2006)、ラルカナでは 8% (Abbasi, 2006) に達していることがわかっている。2005 年現在、カラチの女性セックスワーカーの HIV 感染率は 2%、ラホールとラワルピンディでは 1%以下と、HIV 感染リスクの高い他の人口集団の HIV 感染率は低いままである (Ministry of Health Pakistan, 2005; National AIDS Control Program Pakistan, 2005)。

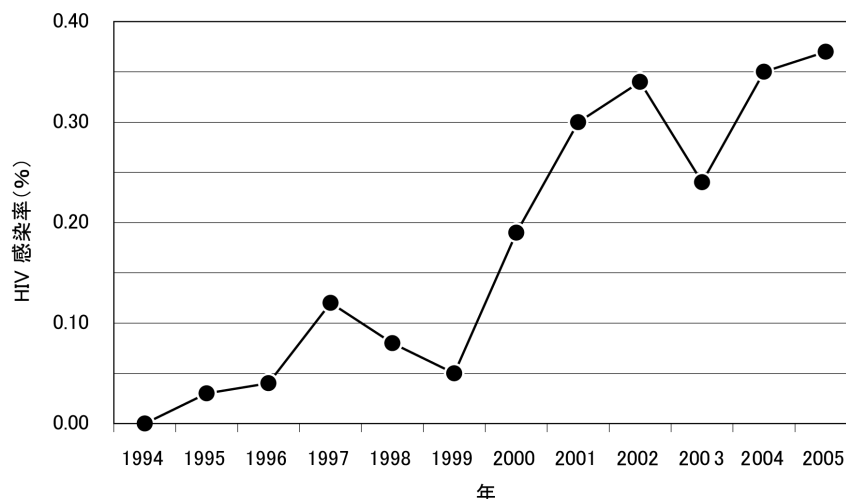
ベトナムの HIV 感染者数は 2000 年から 2005 年にかけて、12 万人から 26 万人と倍以上になった (Ministry of Health Viet Nam, 2005)。HIV 感染の主なリスク要因は、HIV に汚染された注射器具の使用と、不特定の相手あるいはセックスワーカーとの無防備な性行為である (Tuang et al., 2007)。ベトナムの IDU の HIV 感染率は、1996 年の 9%から 2005 年には 34%と急上昇している (Ministry of Health Viet Nam, 2006 & 2005)。流行の拡大とともに、売買春や薬物注射を通して、薬物を使用する男性から女性への感染が増加している。これは周産期クリニックを受診した妊婦の感染率が年々、上昇していることからわかる (図 9)。2006 年、HIV 感染者の約 3 分の 1 が女性であると推定されている (Viet Nam Commission for Population et al., 2006) ただ、ベトナムの HIV 感染の大半は今でも注射による薬物によるものである。

アジアのなかで HIV の流行が急激に拡大しているのはインドネシアである。HIV 感染経路はおもに、HIV に汚染された注射器具の使用と無防備な性行為だが、MSM の間での無防備なセックスも前者 2 つほどではないが多くなっている (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2006)。2005 年の調査では、ジャカルタの IDU の HIV 感染率は 40%以上 (WHO & Ministry of Health Indonesia, 2007)、西ジャワではこの割合は 13%だった (Ministry of Health Indonesia, 2006)。2005 年の調査では、バンドン、ジャカルタ、メダンの IDU の約 4 分の 1 が過去 1 年間に無防備な売春をしたと回答している (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2006)。

パプアニューギニアと国境を接するパプア州では、無防備な性行為がおもな感染経路で、流行の拡大が深刻である。2006 年に州全体で行われた住民調査では、成人 HIV 感染率は 2.4%で、遠隔地の高地では 3.2%、交通の便の悪い低地では 2.9%に達していることがわかった。15-24 歳の HIV 感染率は 3%と推定される (Ministry of Health Indonesia & Statistics Indonesia, 2007)。

図 9

妊婦のHIV感染率（ベトナム、1994-2005年）



Source: Ministry of Health, Sentinel Surveillance Survey Data.

カンボジアでは、特定の人口集団を対象にした持続的な予防対策が実を結び、HIV の流行は下向きになった。2006 年、HIV 感染率は 15-49 歳の成人で 0.9%と低下した。同年齢層の HIV 感染率は 1998 年のピーク時で 2%だった (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2007)。

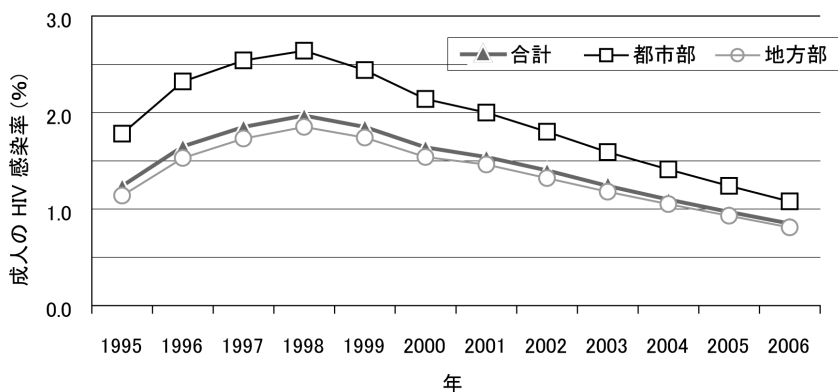
タイでは、新たに HIV に感染する人の数は減り続けているものの、抗 HIV 治療を受ける人が増えたために HIV 感染率の低下は緩やかである。タイの HIV 感染経路の特徴は時間とともに変化していて、現在は HIV 感染リスクの低いと考えられる人々に感染が広がっている。2005 年、新たに HIV に感染した人の 10 人に 4 人以上が女性であり、その多くが危険な買春や薬物注射で感染した夫またはパートナーからの感染であると考えられる (WHO, 2007)。

タイでは、HIV の流行を食い止めることに成功したが、IDU の感染率は過去 15 年間、30-50%と高いままである (WHO, 2007)。同様に、最近のいくつかの調査から、MSM の HIV 感染率が上昇していることがわかっている。たとえばバンコクでは、MSM の感染率は 2003 年には 17%だったが、2005 年には 28%と上昇している (van Griensven, 2006)。

ミャンマーでも、HIV は減少傾向をみせており、周産期クリニックを受診した妊婦の HIV 感染率は 2000 年の 2.2%から 2006 年には 1.5%に低下している (National AIDS Programme Myanmar, 2006)。平均感染率は低下しているものの、HIV 感染リスクの高い人口集団の感染率が上昇していることが懸念されている (図 11)。

図 10

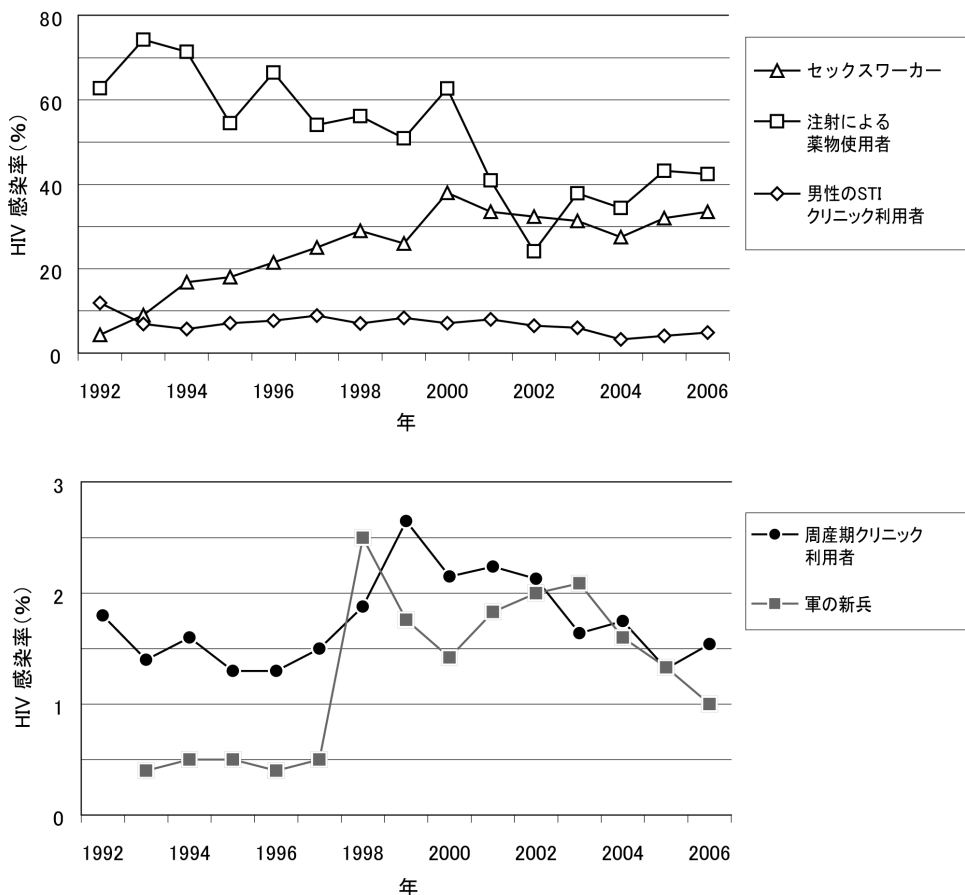
一般人口における HIV 感染率 (カンボジア, 1995-2006年)



Source: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS).

図 11

各集団の HIV 感染率 (ミャンマー, 1992-2006年)



Source: Progress of HIV Epidemic in Myanmar, International Congress on AIDS in Asia & the Pacific, Colombo, Sri Lanka, August 2007.