

サハラ以南アフリカ

HIV/AIDSに関する推計値・特徴、2002年末現在および2004年末現在

	HIV感染者数 (成人・子供)	女性の 感染者数	新規 HIV 感染者 数 (成人・子供)	成人 HIV 陽 性率 (%)	AIDSによる死亡者数 (成人・子供)
2004年	2 540 万 [2 340-2 840 万]	1 330 万 [1 240-1 490 万]	310 万 [270-380 万]	7.4 [6.9-8.3]	230 万 [210-260 万]
2002年	2 440 万 [2 250-2 730 万]	1 280 万 [1 190-1 430 万]	290 万 [260-360 万]	7.5 [7.0-8.4]	210 万 [190-230 万]

この地域で猛威を振るっているエイズの流行状況は非常に多様である。
「アフリカの」流行というひとつのくくりで語ることはできない。

サハラ以南のアフリカの人口は、世界の人口の10%強に過ぎない。しかし、世界中で HIV とともに生きる人々の60%以上、数にして2,540万人(2,340 - 2,840万人)が集中している。サハラ以南のアフリカでは2004年、推計310万人(270 - 380万人)が新たに HIV に感染し、230万人(210 - 260万人)がエイズによって死亡している。2004年末現在、15 - 24歳の若者では、女性の推定6.9%(6.3 - 8.3%)と男性の推定2.2%(2.0 - 2.7%)が HIV とともに生きている。

成人の HIV 陽性率は近年、ほぼ横ばいとなっている。しかし、このような横ばい状態が必ずしも HIV の流行の衰退を意味するとは限らない。それどころか、HIV の流行が最悪の段階にあるという事実を覆い隠しかねない。つまり、多くの人々が新たに HIV に感染しているが、それと同じくらい多くの人々がエイズによって死亡しているのである。

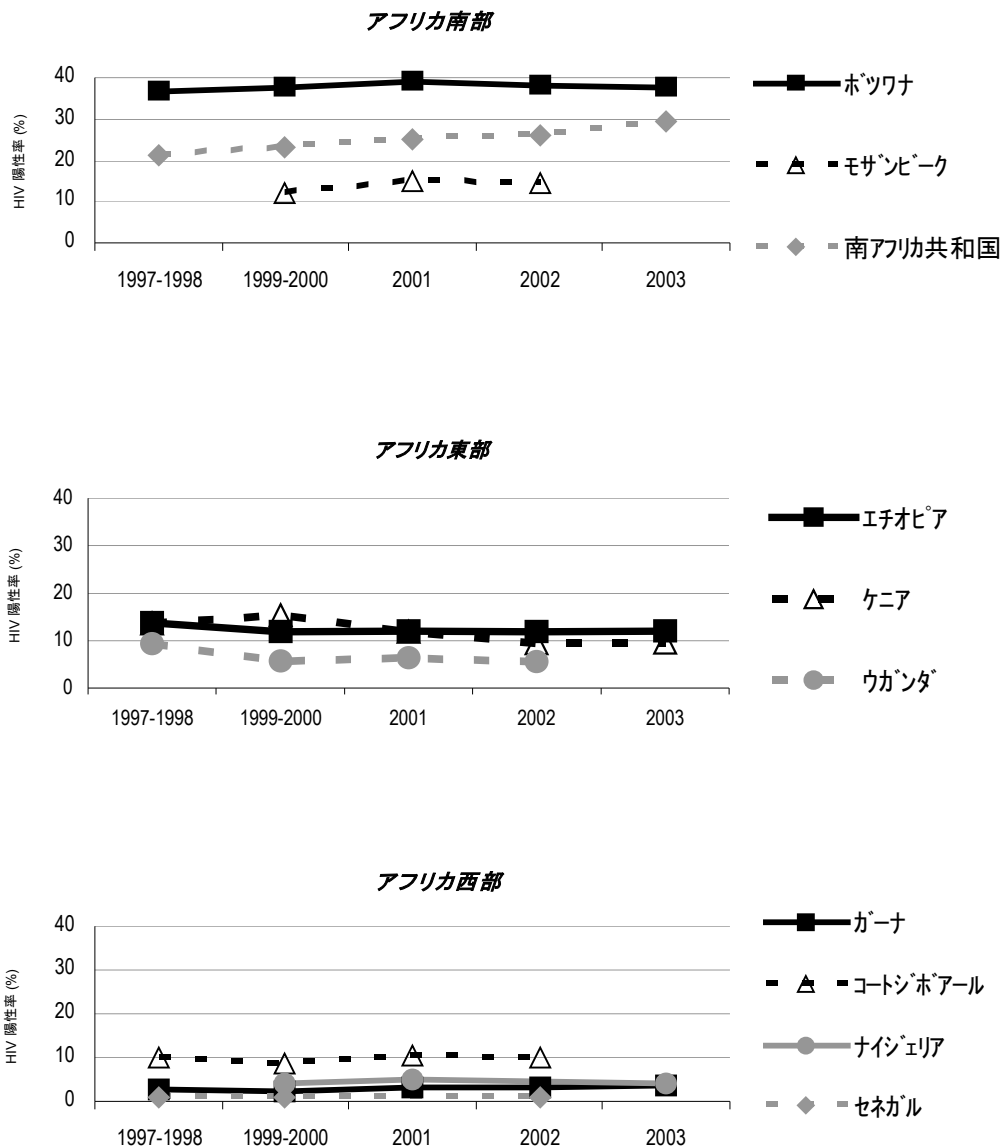
流行はひとつではなく多数存在する

全体的に見ると、HIV 陽性率は概して変化がないことがわかるが、サハラ以南のアフリカのエイズの流行は非常に多様である。この地域の国々を比較しても、その国々のなかを見ても流行のパターンはさまざまだ。つまり、「アフリカ

の」流行というひとつのくくりで、HIV の流行を語ることは不適切であり、特定の地域や小区域から得られた特徴をサハラ以南のアフリカ全体に当てはめることは誤った情報を提供することになる。それぞれの流行はその激しさや広がりやすさ、そして影響などにおいて異なっているので、それぞれの地域に受け入れられる予防、治療とケア、影響の緩和策などを展開する必要がある(Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。

現在、アフリカ東部では都市部の妊婦の HIV 陽性率(中央値)が徐々に減少しているところがある。しかし、それを誇るのは時期尚早である。1990年代半ばから HIV 陽性率が低下し続けているウガンダでさえ、いまだに深刻な流行に苦しめられている。アフリカ西部・中央部では HIV 陽性率の変化はほとんどみられず、5%以下に留まっている。(ただし、カメルーンとコートジボアールを除く。これら二つの国では現在も妊婦の HIV 陽性率(中央値)がほぼ10%を継続している地域がある)(Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。しかし、HIV 陽性率の全国平均値は、特定の省、州または地域によっては感染のレベルが高いことを隠している可能性もある。

サハラ以南アフリカにおける産科診療所に通う妊婦の HIV 陽性率（中央値）の変化、1997/98-2003 年



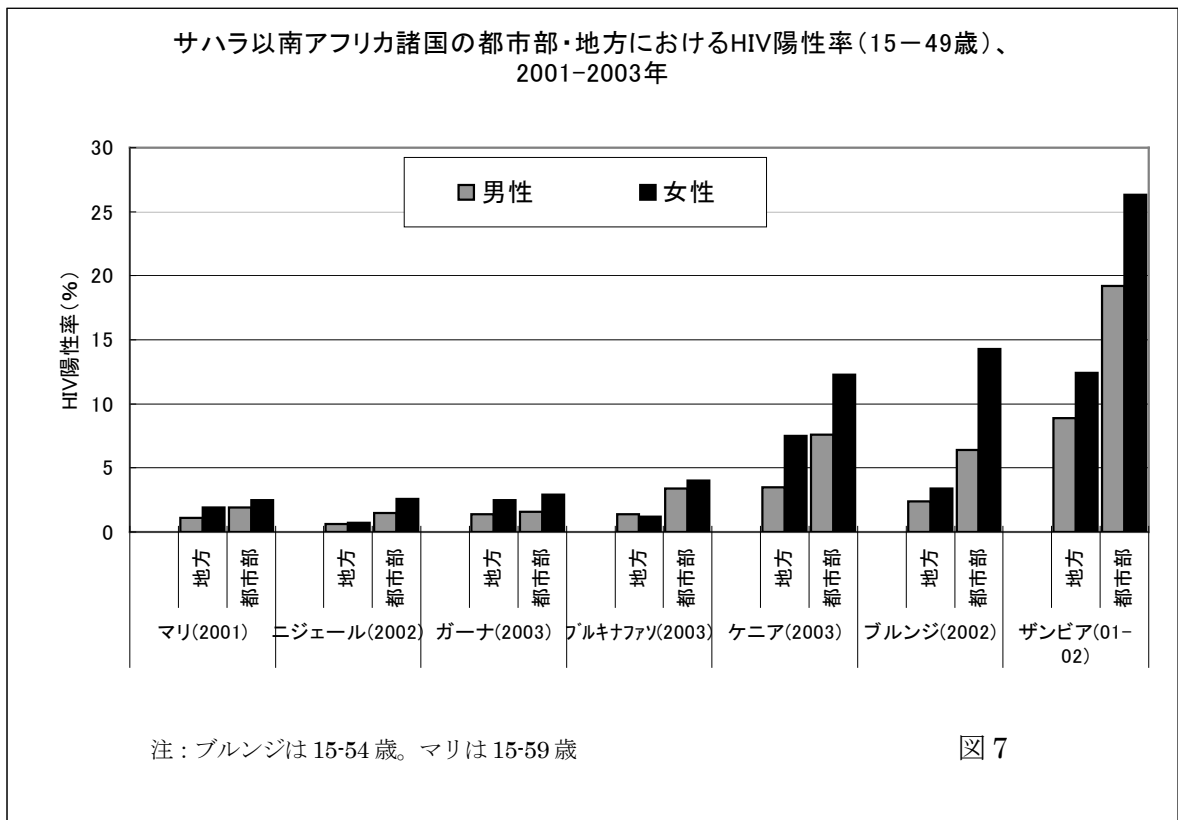
出典: Adapted from Asamoah-Odei, et al., HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional difference. Lancet 2004 Vol 364. Data from consistently reporting antenatal clinics.

図 6

残念なことにアフリカ南部では HIV 陽性率の低下の兆しはわずかしみられない。長期にわたる内戦のため、HIV 陽性率が 5%未満という低いレベルに留まっているアンゴラを除き、アフリカ南部の国々の HIV 陽性率は少なくとも 10%となっている。つまり、南部アフリカ 9 カ国で推定 1,140 万人 (1,050 - 1,260 万人) が HIV とともに生きており、世界の人口のほんの

2%が暮らすこの地域に世界の HIV 感染者の約 30%が集中しているということになる。

産科診療所の調査で得られた HIV 陽性率は、いくつかの国と特定の年齢層では低いまである（例えばマラウイのリロングウェ）にもかかわらず、アフリカ南部の国々では全国的な HIV 陽性率が低下するような兆候は全くみられない。



しかし、陽性率は流行の後追いであるということは心に留めておかなければならない。つまり、陽性率は数年前の HIV の発生率を反映しているのである。HIV 陽性率は HIV とともに生きている人々の総数を示すものであり、それらの人々がいつ感染したかを示すものではない。それに対して発生率は特定の期間（ふつうは調査の前年）に感染した人々の数を示すものである。

サハラ以南のアフリカでは HIV 感染が深刻に拡大している。近年の陽性率の高さを考えると、これらの国々がやがて HIV の流行の広がりを読み止めたとしても、引き続き長い年月にわたって深刻なエイズの流行に苦しめられることになる。エイズがもたらす国の荒廃は数世代にわたってアフリカの人々に影響を与えることになるだろう。

**「横ばい状態」は HIV の流行が最悪の段階にあるという事実を覆い隠しかねない。
つまり、多くの人々が新たに HIV に感染しているが、
それと同じくらい多くの人々がエイズによって死亡しているのである。**

過去5年間のアフリカ南部における予防および治療活動は、その範囲や規模のどちらにおいてもさまざまである。サハラ以南のアフリカで HIV 発生率を調査するのに、簡単で信頼できる方法はない。それに近い数字が得られると思われるのは15-24歳の妊婦の HIV 陽性率である。南ア共和国ではこの集団の感染レベルが引き続き上昇しているが、その他の南部アフリカ諸国では目立った変化は見られない。

しかし、アフリカにおける HIV 流行は多様である一方、その根底を流れる著しい一貫性もある。まず、女性の HIV 感染が非常に多い。HIV 感染者数は平均すると、男性10人に対して女性13人となり、この格差はさらに拡大しつつある。またほとんどの国々で、女性の感染年齢は男性よりも低く、感染レベルの男女差は15-24歳の若者で最も大きい。近年の人口基礎調査によれば、サハラ以南アフリカの若者の HIV 感染者数の男女比は平均すると、男性10人に対して女性36人となっている。ガーナで

はその比率は1:9とさらに大きい。ハラレ（ジンバブエ）とダーバンおよびソウエト（ともに南ア共和国）の女性を対象とした調査によれば、66%が生涯ひとりのパートナーを持ち、79%が少なくとも17歳になるまでセックスを控えている。（17歳という年齢は世界の大半の国々で若者が最初にセックスをする年齢である）また、

79%がコンドームを使用すると答えている。それにもかかわらず、調査対象となった若い女性の40%がHIV陽性であった（Meehanなど、2004）。多くの女性がひとりのパートナーに忠実であるにもかかわらず、HIVに感染しているのである。

どちらがより正確？産科診療所調査データそれとも全国人口基礎調査データ

流行が社会全体に広がった国々では、おもに産科診療所の妊婦の梅毒検査の血液サンプルをもとにHIV陽性率を出している（標識サーベイランス）。最近まで、この調査方法は全人口の推定HIV陽性率を出すのに最もよく利用されていた。

しかし、最近、可能になってきた全国的な集団調査あるいは世帯調査が、HIV陽性率の精度を上げることができるかと期待される。標識サーベイランスではほとんどカバーできなかった辺境地域のサンプルを含む、男女のHIV陽性率に関する全国的なデータを提供することができるからである。集団調査のデータは、UNAIDS/WHOが2003年の推計を出す際に、数カ国（ドミニカ共和国、ケニア、ニジェール、南ア共和国、ザンビア、ジンバブエ）のデータの精度を高めるのに役立った。サハラ以南のアフリカでは、HIVの推計に陽性率の都市部と地方の差と男女差の仮定を立てるが、前述の国々では、その仮定の精度を高めることも可能になった。

産科診療所の調査と人口基礎調査のデータにはそれぞれ長所と短所がある。

全国的な人口基礎調査は産科診療所の調査に比べて、広い人口集団からサンプルをとることが可能である。男性や妊娠していない女性の情報を得ることができ、地方をカバーすることもできる。

一方で、参加を拒否されたり、不在だったりする回答者もあり、これは調査を元に出したHIV推計値に不確定な要素を与えることになる。（アフリカ数カ国で最近、実施された調査の非回答者の割合は24%から42%だった）。非回答者の基本的な特徴がわかれば、推計値の調整が可能である。問題なのは、現在の調査方法では、不在あるいは調査を拒否した回答者と彼らのHIVの感染有無との関係を判断することができないことである。おそらく、不在者や回答拒否者はHIV感染の可能性が高いことが考えられる。（例えば、一般的にHIV感染の可能性が高い移動労働者の男性はこれらの調査のあいだに在宅していることはまれである）。

一方、産科診療所のデータは、全ての国あるいは流行の全段階に当てはめることはできないかもしれない仮定の上に、HIV推計値を算出している。（例えば、この算出方法では、①妊婦のHIV陽性率は成人人口の陽性率とほぼ同じ、②女性のHIV感染率は男性のそれと比べると1.3:1、③HIV感染した成人の生存率を9年と仮定している。HIV感染の年齢分布は考慮されていない）。また、産科診療所の調査のほとんどは地理的に限られており、全国的なHIV推計値の質にはかなり幅がある。

南ア共和国を除いて、このような動向調査は都市部か都市周辺部の産科診療所で行われることが多い。アクセスしやすく、妊婦の数が多いため、データ収集のための十分な数のサンプルが得られるからである。つまり、地方の妊婦のデータはほとんど得られない。このような偏差は修正可能だが、都市部と地方の陽性率の違いがどれくらいかが不明なため、別の意味で不確実性をさらに高めることになる。

そのような短所があるにもかかわらず、産科診療所での調査のデータは数年間のHIVの傾向を探るのには有効である。全国世帯調査は流行の構図を知る助けになる。産科診療所の調査は3年から5年という周期で行われるが、この調査は動向調査の貴重な構成要素であり、HIV陽性率のレベルと傾向に関する推計値を改善する助けになる。

結局のところ、HIV動向調査に標準はない。全国人口基礎調査で得られたものであれ、標識サーベイランスで得られたものであれ、HIV推計値は批判的に分析されなければならない。HIV推計値を得るために利用できる全てのデータを使うことによって、最も質の高い値が得られるのだ。

性的虐待や暴力は、経済、社会、民族、地域にかかわらず深刻な問題となっている。全てではないがその多くは女性に向けられたものである。とくに青少年、子ども、若い女性や少女が、家庭内暴力、レイプ、性的暴行、性的搾取、女性の性器切除などという形で、そのような性的虐待や暴力にさらされることが増えている。ウガンダで行われたいくつかの調査によれば、女性の46%が常に身体的虐待に耐えていると答えており、ケニアとザンビアの調査では女性の40%以上が虐待されたことを報告している。若い女性のなかには、初めての性交渉が強要されたり、暴力によるものだったりするケースもあり、このような状況が HIV 感染の増加につながっているといえる。

アフリカ南部

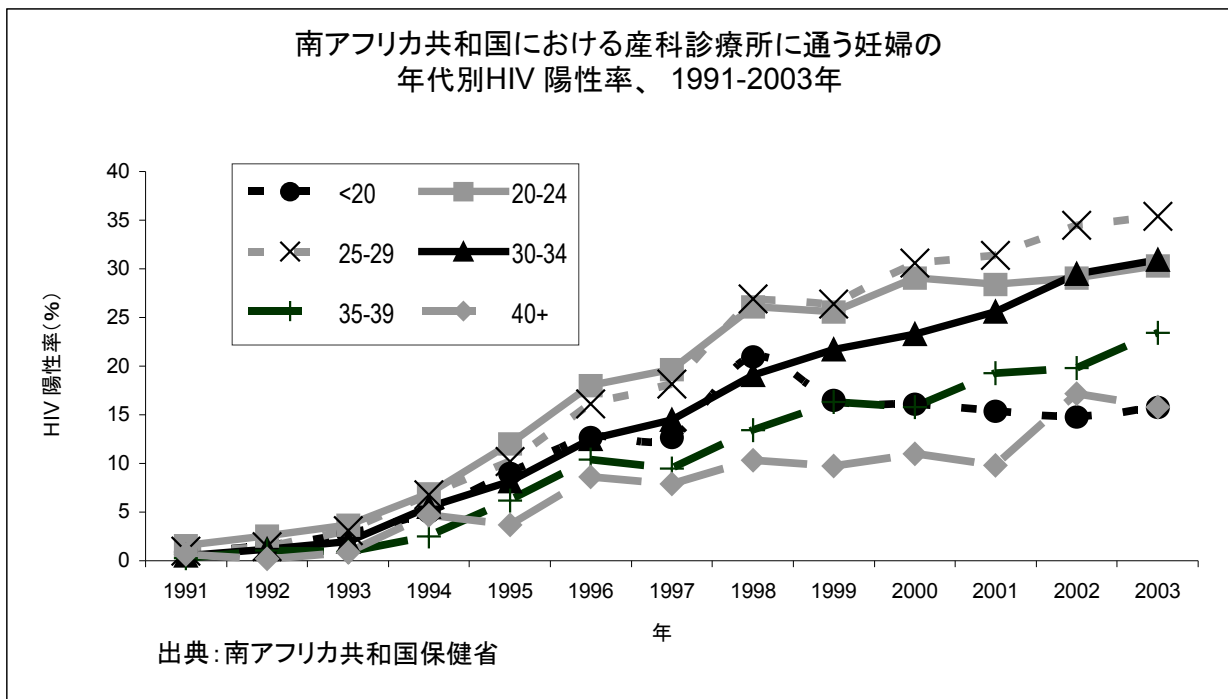
アフリカ南部は現在でも、最も HIV の流行が深刻な地域である。都市部の産科診療所のデータによれば、HIV 陽性率は25%を超えており、1990年の5%からいまだに増加し続けている。

南ア共和国は世界で最も多くの HIV 感染者が暮らす国である。同国では2003年末現在、推計530万人(450 - 620万人)が HIV とともに生きている。そのうち290万人(250 - 330万人)が女性である。流行が減退する兆しは全くない。

妊婦の HIV 陽性率は2003年には27.9%で、2002年の26.5%、2001年の25%と比べて上昇している。最新のデータによれば、陽性率は40歳以上の妊婦を除いて、全ての年齢層でまだ増え続けている。最近のある人口基礎調査は、アフリカ南部の若者がセーフセックスを実行するようになってきていることを示唆している(リプロダクティブ・ヘルス調査団&医学調査委員会、2004)。しかし、15 - 24歳の妊婦の陽性率は上がり続けており、2001年には23.1%だったが、2003年には24.3%になっている。この調査で明らかになったのは、15 - 24歳の妊婦の陽性率は地域によってばらつきがあるということである。3つの州(自由州、ムプラマンガ州、クワズールー・ナタール州(37.5%))では30%を超えているものの、西ケープ州と北ケープ州、リンポポ州では13%から17.5%となっている。2001年以降、自由州とガウテング州を除いて、HIV 陽性率は全ての州で上昇している(南アフリカ保健省、2004)。

妊婦の HIV 陽性率が30%を超えるような非常に高い HIV 陽性率が見られるのは、アフリカ南部ではボツワナ、レソト、ナミビア、スワジランドの4カ国である。産科診療所での HIV 陽性率を比較してもなんら低下の兆しは見られない。スワジランドでは、1992年には4%に過ぎなかった妊婦の陽性率が2000年には34%、2002年には39%と増加の一途をたどっている。

図8



サハラ以南アフリカの他の地域では、マラウイの18% (2003年)、ザンビアの16% (2003年)、ジンバブエの25% (2003年)と比較的、妊婦のHIV陽性率が低いレベルを保っている国もある。だが顕著な低下はほとんど見られない。

の成人女性のHIV陽性率は4%から18%と幅があり、南部の州で最も陽性率が高かった (Montana など、2004)。

アンゴラはアフリカ南部で唯一の例外である。ほぼ2世代にわたる内戦で、人の移動が制限さ

**地域全体で女性が不均衡にHIVの影響を受けている。
この地域では、平均すると、HIV感染者の男女比は10対13で、
女性の方が多い。**

ジンバブエの場合、1996 - 97年の新たなHIV感染者数にはほとんど変化がなかったと推定される。また、他の国々と同じように男性に比べて女性の感染が極めて多い。ジンバブエで行われた人口基礎調査によれば、15 - 24歳の年齢層では男性に比べて女性の感染者は2倍だった (陽性率は女性22%、男性10%)。全体的にみても、2003年現在、HIVとともに生きる人々の57%が女性であり、エイズによる女性の死者もほぼ同じ割合であった (ジンバブエ保健省、2004)。一つの国のなかでも、流行の深刻さはさまざまであるということは注目すべきことである。マラウイのような小さな国でも、地区別

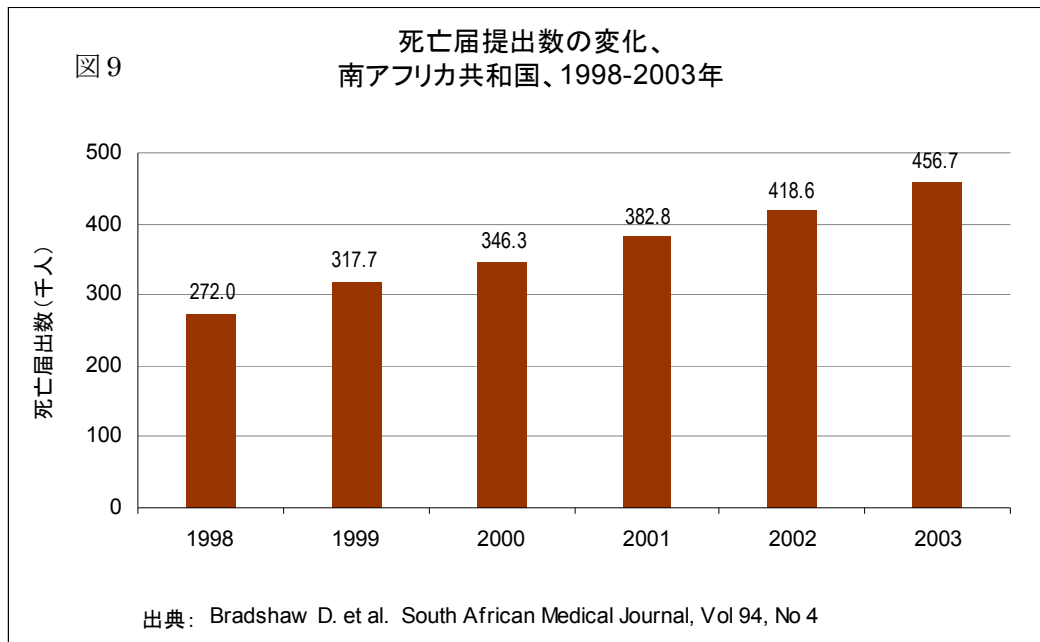
れ、交通網は寸断され、国の一部は断続的に外部から遮断された状態になった。得られたデータによれば、このような状況がHIVの広がりを減速させたと見られる。首都ルアンダの産科診療所で得られたHIV陽性率(中央値)は約3%だった (他の地域での動向調査システムは現在整備中)。しかし、首都のセックスワーカーのHIV陽性率はほぼ33%と高く、HIV感染のリスクの高いネットワークのなかで感染が広がる兆候がみられる。ここ2年間、アンゴラで暮らす数百万の人々は比較的平和な通常の生活を営んでいるが、HIV感染が急速に広がるのではないかと危惧されている。

アフリカ南部の若者・セックス・HIV

若者を対象とした効果的な予防活動は不可欠である。アフリカ南部全体で、20代を境にしてHIV陽性率は急速に上昇している。この傾向はアフリカ南部の若者を対象に新たに行われたHIVと性行動に関する調査であきらかになったものである (調査を行ったのは、リプロダクティブ・ヘルス調査団&医学調査委員会)。

この調査から、15 - 19歳のHIV陽性率は4.8%と比較的低いことがわかっている。初めてセックスを経験する年齢が男性では16.4歳、女性では17歳ということを考えるとこれはこの結果は驚くことではない。HIV陽性率が急上昇するのは次の年齢集団、つまり20 - 24歳であり、陽性率は16.5%に達している。この年齢集団では、HIV感染は女性に集中している。調査対象となった女性のほぼ4人に1人 (24.5%) がHIV陽性で、これに対して男性は13人に1人 (7.6%) だった。アフリカ南部でHIVとともに生きる若者の4分の3以上 (77%) が女性だが、30歳以上の年齢層でこのような男女差は徐々になくなっていく。世界中の若者と同じように、HIV陽性と判明したアフリカ南部の若者の多く (62%) が、自分がHIV感染のリスクにさらされていることを全く、あるいはほとんど知らなかった。

若い女性は、男性に比べてHIVに感染するリスクが非常に高い。性的攻撃が一般的で、4分の1以上 (28%) の女性が、初めてのセックスは望まないものだったと答えており、10人に1人 (10%) がセックスを強制されたと答えている。セックスを経験した若い女性のほぼ半数 (49%) が妊娠したことがあると回答しており、コンドームの使用が標準ではないことを示唆している。過去12ヶ月以内にセックスをしたと答えた若者の3分の1は一度もコンドームを使っておらず、3分の2は最近のセックス・パートナーともコンドームを使用していないと答えた (リプロダクティブ・ヘルス調査団&医学調査委員会)。



新たに発表された調査から、アフリカ南部はエイズの大流行に見舞われており、さらに多くの人々が HIV に関連する病に倒れ、亡くなっていることがあきらかになった。平均余命は、ボツワナ、中央アフリカ共和国、レソト、マラウイ、モザンビーク、ルワンダ、スワジランド、ザンビア、ジンバブエのアフリカ 9 カ国で 40 歳未満になっている。これらの国々はみな、エイズの深刻な影響を受けている (UNDP, 2004)。北部ナミビアの 2000 年の死亡率は成人女性が 1993 年の 3.5 倍、男性が同年の 2.5 倍になっている。同期間に、15 - 60 歳の間に死亡する可能性は、男性が 1000 人当たり 220 人から 550 人に、女性は 95 人から 335 人と増加している。増加したのは 10 代の若者で、青年層、それより年齢の高い男女の死亡率には変化がなく、このような傾向の主な原因はエイズであるといえる (Notkola, Timaeus & Siiskonen, 2004)。ジンバブエでは、平均余命が 2003 年には 34 歳となり、1990 年の 53 歳と比べて大幅に低下している (Chitate & Mucandi, 2004)。南ア共和国の死亡届のデータを分析すると、過去 6 年のあいだに成人の死亡者数が増加している (図 9)。増加率は 40% 以上で、人口増加と死亡届制度の整備が進んできたことを考慮に入れると、20 - 49 歳の女性では死亡者数の増加は 150% 以上になると考えられる (Bradshaw, 2004)。

詳しい人口動向調査によって、死亡率が急増しているという事実はさらに裏付けられる。妊婦の HIV 陽性率が高い、クワズールー・ナター州の地方部で行われたある調査で、1990 年代後半から成人の死亡率が急上昇していることがわかった。2000 年にはエイズ (結核を伴うものとそうでないもの) が主要な死亡原因で、48% を占めている。女性がエイズによって死亡するリスクがピークに達するのは 25 - 39 歳であり、男性では 30 - 44 歳である。1990 年代後半に特定地域の HIV 陽性率レベルが急上昇したことから、エイズによる死亡率はこれから数年でさらに悪化すると考えられる。というのは、エイズによる死亡者数は 10 年前あるいはそれ以前の HIV 感染を反映するからである (Hosegood, Vanneste & Timaeus, 2004)。

アフリカ東部

アフリカ東部では HIV 感染レベルの低下が見られる国々がある。ウガンダの HIV 陽性率は 1990 年代初期には 13% だったが、2003 年末には 4.1% (2.8-6.6%) と目覚ましい低下をみせた。しかも、全国平均の HIV 陽性率の低下だけでなく、産科診療所に通う妊婦の HIV 陽性率も、1997 - 1998 年の陽性率 (中央値) 12.9% (7.0 - 16.9%) から、2002 年には 8.5% (5.3 - 14.0%) と著しく低下した (Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。しかしながら、

労働現場

産科診療所での調査では、人口統計学的なデータを得ることはあまりできない。集団調査は流行の全体像を描く助けとなる。アフリカ南部の採鉱および製造労働者を対象とした 34 の調査がこのほど発表され、賃金所得労働者の HIV 感染の全体像を探る手がかりを提供した。2000 - 2001 年に行われたこれらの調査では 44,000 人の労働者が調査対象となり、HIV 陽性率は**ボツワナ**、**南ア共和国**、**ザンビア**でそれぞれ、24.6%(23.6-25.7%)、14.5%(14.1-14.9%)、17.9%(17.1-18.7%)で、炭鉱業の労働者の HIV 感染レベルが最も高いこともわかった。労働者の感染レベルには非常に幅があり、日雇い労働者では23%(21.9-24.1%)、非熟練労働者では18.3%(17.5-19.1%)、半熟練労働者では18.7%(18.1-19.4%)で、前三者は熟練労働者(10.5%[9.5-11.4%])や管理職労働者(4.5%[3.4-5.6%])に比べて HIV 陽性率が高い。炭鉱業では熟練を要しない労働者(日雇い労働者を含む)は移動労働者(一定期間、家を離れて働く人々)であることが多く、セックスワーカーを利用することも多いからだろうと思われる。しかし、ザンビアの炭鉱業については例外で、熟練労働者の感染率は26.4%(11.4-41.3%)と非常に高い。また、50歳以上の労働者の HIV 感染レベルも高く、南ア共和国とザンビアでは10%強、ボツワナでは18%である (Evian など、2004)。

そのほか、最近公表された調査では、HIV 感染の有無に関わらず、HIV の流行をきっかけに南ア共和国の金鉱労働者の結核感染が増加していることがわかっている。4つの鉱山で1990年代に行われたこの調査によれば、結核発生率は1991年には0.5%、1997年には1%、2000年には2%と徐々に上昇している。HIV に感染していない金鉱労働者の結核発生率は1991 - 1992年から1995 - 1997年のあいだにほぼ倍増しており(0.5%から1.3%)、結核に感染している HIV 感染者が増加したため、彼らからの感染が増えたものとみられている (Sonnenberg など、2004)。

マダガスカルのように妊婦の陽性率が2001年の0.3%から2003年の1.1%と明らかに上昇している例外といえる国もある。セックスワーカーの陽性率など他の HIV 指標が低いままであることなどを考えると、これが流行の前触れとなるかどうかはまだわからない。

2003年には、アジスアベバの HIV 陽性率は11%まで低下し、1990年代半ばの陽性率(24%)の約半分になっている。エチオピアの10カ所の産科診療所から得られた、HIV 陽性率(中央値)は1997 - 1998年の13.7%から、1999 - 2000年には11.8%に低下しており、

**アフリカ東部では都市部の妊婦陽性率が徐々に低下している事例もある。
アフリカ南部では、残念ながら、国レベルの陽性率が低下している徴候はない。**

流行の減退傾向が最も顕著なのは**ウガンダ**で、1990年代半ばから末にかけて HIV 陽性率は急激に低下し、5%から6%に留まっている。**ケニア**も同じような過程をたどっているようだ。産科診療所のデータによれば、HIV 陽性率(中央値)は1997 - 1998年の13.6%(12.2 - 27.1%)から、2002年には9.4%(6.6 - 14.35)に低下し、2003年もほとんど変化がみられない。**ブルンジ**でも HIV 陽性率は低下しているものの、データの出所は6つの診療所に限られている(Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。**エチオピア**の流行は首都アジスアベバを含む都市部で最も深刻である。しかし、首都の妊婦の HIV 陽性率は1997年以降、低下している。

それ以降、約12%に留まっている(Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。

このような明るい兆しはあるものの、いまだに HIV 陽性率が高いレベルに留まっていることは、これらの国々で予防活動を強化し、拡大していく必要があることを示唆している。近年の HIV 陽性率の低下が本当に流行の衰えを示すものだと決めるのは時期尚早であり、治療、ケアとサポートの必要性はこれからもさらに増え続けるだろう。**エリトリア**では、流行の全体像が見え始めてきている。今までに行われた最も詳細な HIV 標識サーベイランスによれば、2003年の HIV 陽性率は2.4%である。全国的

な HIV 陽性率は変化がないように見えるが、感染レベルにはかなり幅があり、予防活動を強化し、狙いを定めた予防活動を展開する必要があることがわかる。南部の海岸沿いでは陽性率は 7.2%に達しており、都市部の陽性率は地方部の 3 倍以上である。陽性率が最も高いのは、都市部の若い未婚女性 (7.5%) で、そのほとんどが軍の兵士をパートナーに持っている。バーやホテル、喫茶店で働く女性または、家政婦として働く女性がとくに HIV に感染しやすい(エリトリア保健省、2004)。

タンザニアでは、国全体の HIV 陽性率の低下は見られない。しかし、過去 13 年間、集中的な予防活動が行われてきたムベヤ地域では、15 - 24 歳の女性の HIV 陽性率が 1994 - 1995 年の 20.5%から、2000 年には 14.6%に低下した。また、コンドームの使用と HIV 以外の STI (性感染症) の治療が増え、初めてセックスをする年齢も高くなった。これに対して隣接するルカワ地域では、散発的な予防活動しか行われておらず、15 - 24 歳の女性の HIV 陽性率は 1994 年の 22.5%から 1999 年には 30.2%と上昇した (Jordan-Harder など、2004)。つまり、ムベヤで行われた介入は HIV 陽性率の低下を促したと考えられる。タンザニアで行われたそのほかの調査でも、HIV 予防プログラムがあまり行われていない地域では、行動変化がみられないことが明らかになった。ムアンザでは 1990

年代半ばに小規模な HIV 予防プログラムが始められたが、その効果はほとんど見られない。最近、発表されたある調査によれば、HIV 陽性率は 1994 - 1995 年には 5.9%、1996 - 1997 年には 6.6%、1999 - 2000 年には 8.1%と徐々に上昇していることがわかった。コンドームの使用や HIV の流行に関する知識は少しずつ増えてきているものの、性的に危険な行動には変化がなく、ほとんどの人々は自分が HIV 感染のリスクにさらされていることを認識していない (Mwaluko など、2003)。コストをかけず、地方レベルやコミュニティレベルだけで、一般的な予防プログラムを行うだけでは、HIV の流行を衰えさせるには不十分であることはあきらかである。

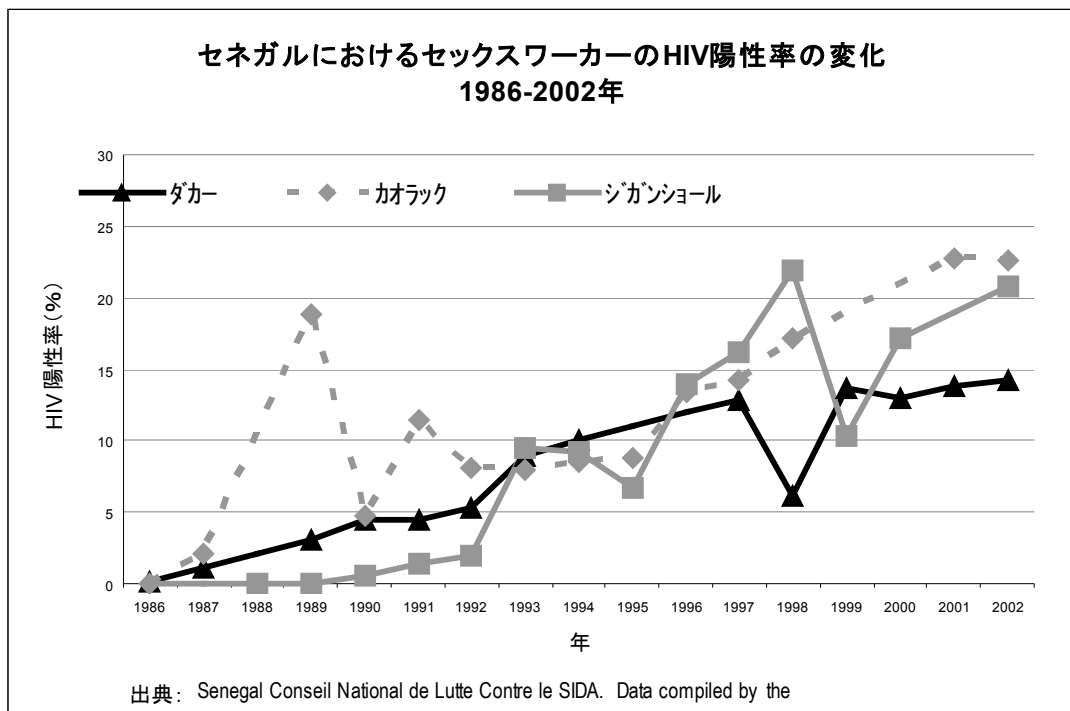
アフリカ西部

規模と程度はさまざまだが、アフリカ西部のほとんどの国々で HIV の流行は横ばい状態のようだ。アフリカ西部地域の 112 の産科診療所から得られた HIV 陽性率(中央値)は、1997 年から 2002 年まで 3%から 4%の間で推移している (Asamoah-Odei, Callaja & Boerma, 2004)。サヘル (サハラ砂漠南端) 地帯の国々で HIV 陽性率は最も低く、ブルキナファソ、コートジボアール、ナイジェリアで最も高い。ナイジェリアは、南ア共和国、インドについて、世界で最も多くの HIV 感染者を有する国である。

アフリカ西部における商業目的セックスと HIV

商業目的のセックスが現在もアフリカ西部地域における HIV 流行の主な原動力である。セックスワーカーの女性の HIV 陽性率は非常に高く、成人の HIV 陽性率が比較的低い国々でもそうである。2003 年の HIV 陽性率が推計 3%のガーナでもセックスワーカーの陽性率は高い。首都アクラで、HIV に感染している男性の約 80%が女性セックスワーカーから感染したとみられている。陽性率は、定住場所を持たないセックスワーカーとセックスをした男性で 15%、セックスワーカーの恋人で 32%である。100%のコンドーム使用プログラムによって流行を衰えさせることができることがわかっている (Cote など、2004)。ニジェールでは 2003 年、成人の全国的な HIV 陽性率は 1%強であったが、2002 年に行われた 3 つの地域のセックスワーカーを対象とした調査では、彼女らの 9%から 38%が HIV 陽性だった。最も低いレベルだったのがコマバンゴで、最も高かったのがマラディであり、アーリットでは調査対象のセックスワーカーの 30%が HIV に感染していた (Sanda など、2004)。長い間、HIV 対策が成功した国とされてきたセネガルでは、セックスワーカーの女性の HIV 陽性率が徐々に上昇している。首都ダカールでは、図 10 が示すように、2002 年の陽性率が 14%だが、他の地域 (カオラックやジガンショールなど) のセックスワーカーの陽性率は同年、20%以上だった。セックスワーカーとその客への予防活動を強化する必要がある (UNAIDS/WHO, 2004)。

図 10



ナイジェリアで2003年に行われたHIV標識調査では、全国のHIV陽性率は5%と、1991年の1.8%と比べて増加しているものの、1999年の5.4%とほぼ同じレベルだった。陽性率は若者、とくに20-29歳の女性で最も高い。しかし、全国レベルの陽性率が横ばい状態であるという事実の裏には、広大で社会経済的にも多様なナイジェリアにおける大きな地域差が隠されている。陽性率は南西部で2.3%と低いが、北部中央部では7%と高くなっている。州レベルではその差はさらに大きい。オスンおよび

オグン州では、妊婦の陽性率はそれぞれ1.2%と1.5%であるが、ベヌエ州で9.3%、クロスリバー州では12%と高い(ナイジェリア保健省、2003)。いくつかのおそらく明らかな流行がナイジェリア国内で進行しているのは明らかである。予防活動を成功させようとするなら、これらのさまざまな流行の特徴をとらえるのにより正確なデータと分析が必要となるだろう。

コートジボアールはHIVが流行し始めてから現在まで、西アフリカ地域で最もHIV陽性

行動は変えられるか?

若者の性行動に関する最近のデータを比較すると、いろいろな構図が見えてくる。過去5年間に人口統計学的調査および保健調査によって集められたデータによると、ウガンダとザンビアの若い男性、マラウィとウガンダ、ザンビアの若い女性のコンドームの使用が最も多い(図11)。しかし、タンザニアでは最近のセックスでコンドームを使用した割合に変化は見られない。同居していないパートナーと婚外のセックスをしている女性は、ザンビアで減少しており、男性はウガンダで減少しているが、タンザニアでは男女ともに増加している(図12)。これらのデータは、タンザニアの部分で触れたように、陽性率を低下させるために必要な行動変容を達成するためには、範囲を広げた対策が必要であることを示唆している。断片的で人々の生活に根付かない介入は行動変容に結びつかず、流行の流れを変えることはできない。さらに、多くの女性にとってはひとりのパートナーに誠実であり続けることが自分をHIV感染から守ることに必要ではない。その、まさに、パートナーから感染する危険があるというのも事実であるからだ。

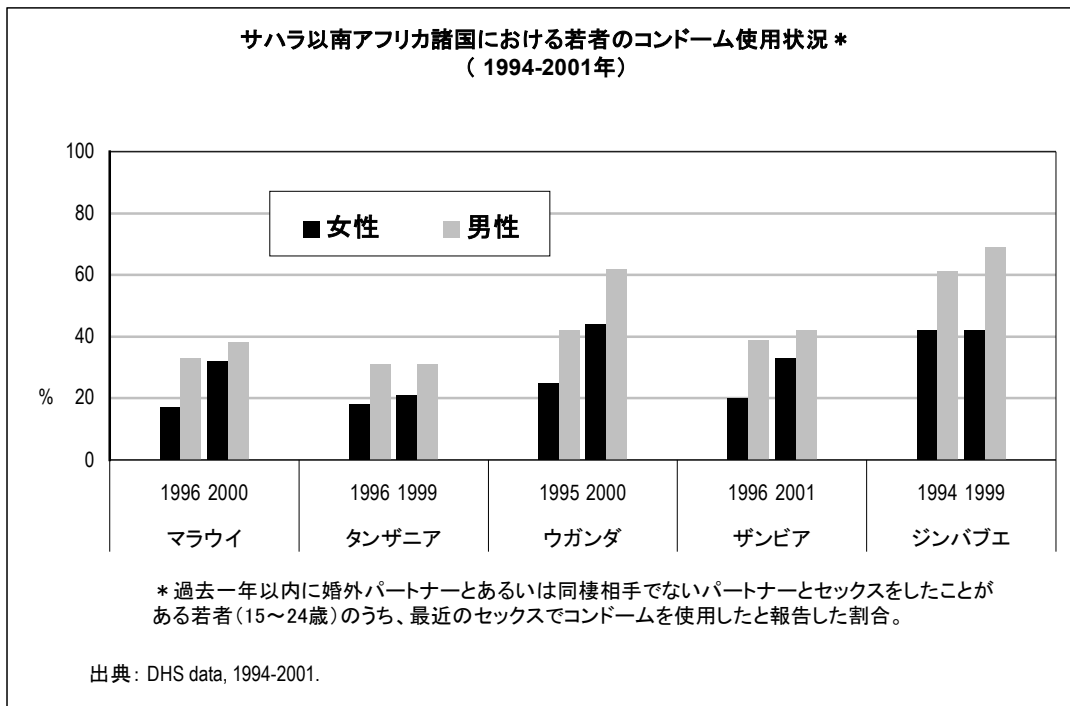


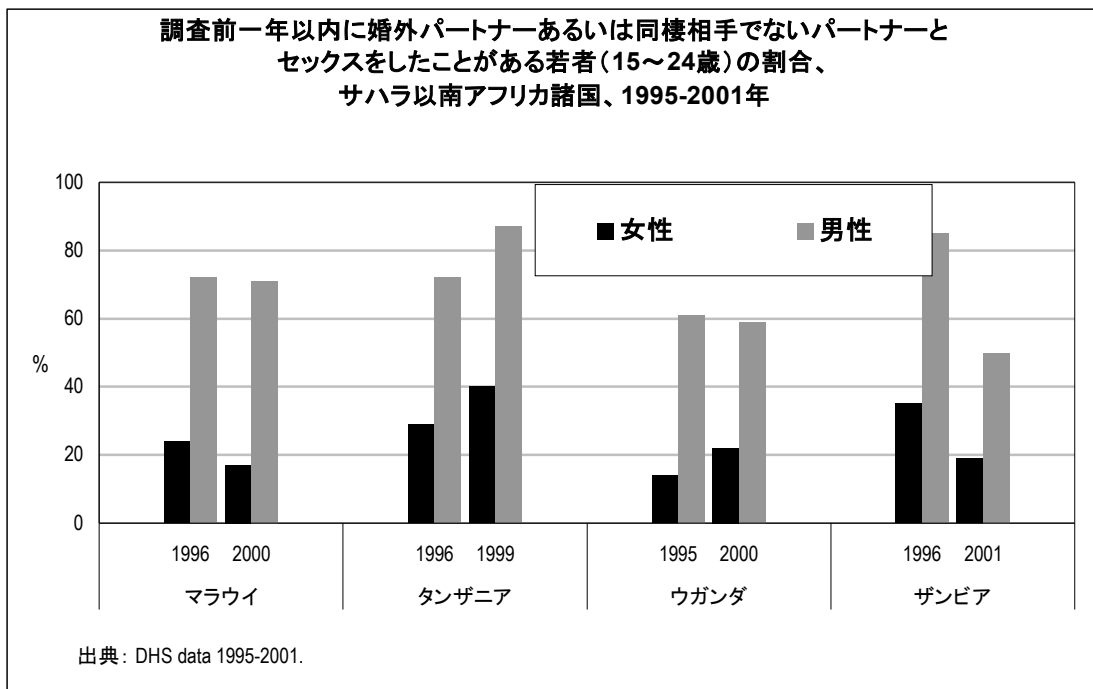
図 11

率が高い国である。しかし、2002年、首都アビジャンのHIV陽性率は6.4%と、1999年の13%と比べても、過去5年間の陽性率と比べても最も低いものであった。トーゴでは全国的なHIV陽性率は4%前後と横ばい状態である。最近の標識サーベイランスによれば、流行は都市部に集中しており、2003年、一部地域の妊婦のHIV陽性率は8%を超えていた(トーゴ保健省、

図 12

2004)。トーゴの東西に位置するガーナとベニンでは、HIV陽性率は2%から4%とほとんど変化が見られない(Cote など、2004)。

アフリカ中央部でも深刻な流行が広がっている。カメルーンと中央アフリカ共和国はHIVの流行が最も深刻な国である。ここでも妊婦のHIV陽性率は10%と高いまま変化が見られな



UNAIDS/WHO

い。コンゴでは全国の成人の陽性率は 5%未満程度で推移しており、最新の推計では 4.2% (3.5 - 4.8%) である。流行が最も深刻なのは、あいかわらず、コンゴ南部地域である。通例とは異なり、HIV 陽性率は、男性では 35-49 歳で 10%、女性では 25 - 39 歳で 7% と、高い年齢層でピークを迎えている。とはいうもののやはり、コンゴでもより若い年齢層の女性が不均衡に影響を受けていて、35 歳以下の女性の HIV 陽性率は同年代の男性の 2 倍になっている。これもまさに若い女性に向けた予防活動の必要性を明らかにする事実である (コンゴ保健省、2004)。チャドの HIV 陽性率(中央値)は 1990 年代後半

から 2000 年代初め (最近のデータ) を通じて約 5% である (Asamoah-Odei, Calleja & Boerma, 2004)。コンゴ民主共和国では、産科診療所の妊婦に対して最近 HIV 検査が 2 回行われ、陽性率は 4.1% から 4.9% だった。しかし、地方部ミカライの 1.4% から都市部のブカブやブニアの 3%、キサングニ市とルブンバシ市のそれぞれ 6.3% と 7% と、HIV レベルは地域によって非常に幅があり、ロジャやネイスといった地方部でもそれぞれ 6.5%、6.7% と高い陽性率が記録されている (コンゴ民主共和国保健省、2004)。