北アメリカ、西・中央ヨーロッパ

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	160 万 [110-220 万]	42 万 [29-57 万]	64 000 [34 000-140 000]	0.4 [0.3-0.6]	23 000 [15 000-31 000]
2002 年	160 万 [110-220 万]	39 万 [27-55 万]	62 000 [33 000-140 000]	0.4 [0.3-0.6]	22 000 [15 000-31 000]

エイズは今までとは違う人口集団に影響を及ぼしつつあり、
無防備な異性間性交渉による新規感染者の割合が増え続けている。

北アメリカ、西・中央ヨーロッパの 2004 年の新規 HIV 感染者数は、約 6 万 4,000 人（3 万 4,000～14 万人）に達し、これらの国々で HIV と共に生きる人の数は、110 万人から 220 万人に増加している。15～24 歳までの若者では、女性の 0.1%（0.1～0.2%）、男性の 0.2%（0.1～0.5%）が 2004 年末時点で HIV と共に生きている。生存期間を延ばす抗 HIV 療法へのアクセスが広く確保されていることから、エイズによる死亡件数は、2004 年で 1 万 5,000 件から 3 万 2,000 件にとどまっている。しかし、予防努力が、国によっては、変化する流行に追いついていないことを示す充分な証拠がある。

男性間のセックス、また、程度はより小さいが IDU（注射による薬物使用）がこれらの国々における流行の顕著な要因となっているが、HIV 感染のパターンは変化している。新たな国民層の間に感染が広がっており、特に、無防備な異性間の性交渉により感染する人々の割合が増加している。

アメリカ合衆国では、流行形態は、この 10 年で明らかに変化した。合衆国ではこの 10 年間、推計で 4 万人の人々が毎年 HIV に感染しているが、現在では流行は、アフリカ系アメリカ人の間で、彼らが全人口に占める割合に対して不釣合いに大規模に広がりつつあり、特に女性の感染者がはるかに多くなっている。

2003 年には、2001 年の 20%と比較してアフリカ系アメリカ人は、エイズ発生件数の少なくとも 25%を占めた。しかもこの推計は、わずか 29 州で収集されたデータに基づいているために、この比率がさらに高まる可能性もある。アフリカ系アメリカ人は、同国の全人口の 12%を占めるに過ぎないが、近年における新規 HIV 診断数の半数以上が彼らの間で発生している（利用可能な最新データによれば、2002 年におけるその比率は 54%であった）。特に感染が広がっているのが、アフリカ系アメリカ人の女性であり、すべての米国女性の新規 HIV 診断数の 72%までをアフリカ系アメリカ人の女性が占めている。今世紀の始め時点で、エイズはすでに、25～54 歳までのアフリカ系アメリカ人男性、35～44 歳までの同女性の死因トップ 3 のひとつに数えられていた（疾病対策予防センター、2003a）。

当然のことながら、人種や民族は、それ自体 HIV のリスク要因ではない。しかし、貧困やその他の形態の社会経済的な恵まれない状態は、HIV 感染に対する脆弱性を高めること

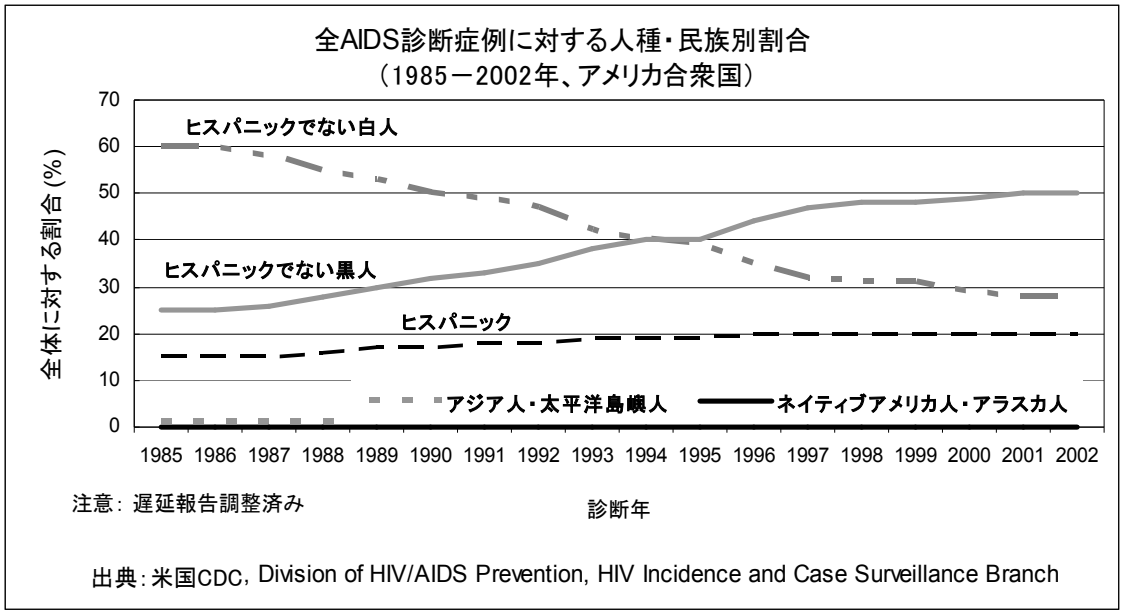

図 25

が知られている。アフリカ系アメリカ人の 4 人に 1 人は貧困の中で暮らしていると推定されており、米国における調査の中には、高いエイズ発生率と低所得の密接な関係を認めたものもある（疾病対策予防センター、2003 年ｂ；国勢調査局、2000 年；Diaz、Buelher, 1994 年）。投獄される者の割合が高いことが、特にアフリカ系アメリカ人男性においては、流行の増幅要因となっている可能性がある。刑務所内で IDU（注射器による薬物使用）や無防備なセックスが行われているからだ。

アメリカ合衆国ではアフリカ系アメリカ人に不均衡に拡大している。
特に女性への影響が増大し続けている。

男性全般、また特にアフリカ系アメリカ人において、HIV 感染は IDU や男性間でのセックスが原因で発生している。特に若年の MSM（男性とセックスする男性）の間で、高い水準のリスク行動が見られる。それに対して女性の間では、異性間の性交渉が大多数の HIV 診断件数の理由となっており、HIV に感染している多くの女性の主たるリスク要因は、彼女らの男性パートナーの、しばしば秘密にされているリスク行動であることを示す有力な証拠がある。ニューヨーク市の低所得地域で行われた最近の調査では、女性がその夫、またはステディーなボーイフレンドから HIV に感染する確率は、一時的な性交渉の相手から感染する確率の 2 倍以上に及ぶという結果が判明している。IDU と共に、男性パートナーが他の男性と無防備なセックスをしていることが、女性にとって重要なリスク要因となっている場合があると考えられる(Mc-Mahon など、2004 年)。MSM を対象に 7 都市で行われた調査では、彼らの 9％が女性ともセックスをすることが判明しており、アフリカ系アメリカ人の MSM を対象にしたより最近の調査でも、20％の男性が女性のセックスパートナーも持つと回答している(Valle-roy など、2004 年；疾病対策予防センター、2004 年ｂ)。

アメリカ合衆国で HIV と共に生きている人々の大多数は、MSM である。近年、梅毒やその他の性感染症の発生件数が MSM 間で増えているという証拠が示されていることから、リスク行動が増加しており、その結果、HIV 感染の新しい波が起こるのではないかという懸念が誘発されている。ロサンゼルスとサンフランシスコで行われた調査では、梅毒発生件数の劇的な増加が明らかになっている（ロサンゼルス郡では、1998 年の 4 件から 2000 年の 260 件、同期間にサンフランシスコで 67 件から 299 件)。しかし新しい調査

によれば、これらの梅毒発生件数の増加は、HIV 発生件数に実質的な影響を与えておらず、その数は、MSM 間で 1999 年から 2002 年にかけてほぼ横這い傾向にあるという結果も示されている（疾病対策予防センター、2003 年 a）。さらに 16 州で実施された新しい調査では、HIV 陽性の MSM の大多数が、より一層の HIV 感染を防止するために予防対策（コンドームの使用、禁欲、1 人のパートナーに対して貞節を守るなど）を講じているという結果も出ている。しかし同調査は、より集中的な予防努力が、未だに他の男性と無防備なセックスを行っている少数の HIV 陽性の男性に向けて行われるべきであると力説している（疾病対策予防センター、2004 年 c）。

1995～1996 年に抗 HIV 療法が導入されて以来、米国ではエイズ関連の死亡件数が 1990 年代後半にかけて激減したが、それ以降は、1998 年の 1 万 9,005 件から 2002 年の 1 万 6,371 件へと漸次減少し続けている（UNAIDS、2004 年）。しかし 2002 年のアフリカ系アメリカ人のエイズによる死亡率は、白人の 2 倍以上に達していた。アフリカ系アメリカ人は、エイズと診断された人々の間で生存率が最も低いが、これは、診断を受けるタイミングが遅れてしまうこと（しばしばエイズを発症した後）及び、質の高い保健サービスへのアクセスが不十分なことなどの反映であると考えられる。

そして IDU（30%だが、近年は若干減少傾向にある）に起因するものであった。また一方で、無防備な異性間の性交渉に関連した感染も増加しており、その中の少ない割合の者（10%以下）は、サハラ砂漠以南のアフリカやカリブ海沿岸諸国など陽性率が高い国々からの難民や移民であった（カナダ保健省、2003 年）。

アメリカ合衆国において AIDS はアフリカ系アメリカ人男性（25 歳－54 歳）および アフリカ系アメリカ人女性（35 歳－44 歳）の三大死亡原因の一つになっている。

新規 HIV 感染データを有する 12 の**西欧諸国**の中で、異性間の性交渉で感染した人々の診断件数は、1997 年から 2002 年にかけて 122%増加している。カナダとは対照的に、これらの感染者の大多数は、主に深刻な流行に見舞われているサハラ砂漠以南のアフリカの国々の出身者（Hamers & Downs、2004 年）、さらに**英国**では、英語圏のカリブ海沿岸諸国出身者である。また、いくつかの国々においてここ数年で観察された男性間のリスクの高い性行動の復活が、MSM 間の HIV 感染を増やす結果に至っている兆候もある。

西欧における MSM 間の HIV 感染診断件数は、2001 年から 2002 年において 22%増加し、それ以前に見られた緩慢な減少傾向の逆転が見られる（Hamers & Downs、2004 年）。しかし新しい HIV 感染診断件数に関するデータは、こうしたデータが、検査サービスを受ける人々の数が増えた(そして、その結果として数年前に感染した人々がデータに含まれた)反映である可能性もあるため、HIV

多くの女性にとって HIV 感染する主要リスク要因は、彼女達の男性パートナーが陰で 行っている HIV 感染の可能性が高い行為であることが多数示唆されている。

米国の北側に位置する**カナダ**における最近の推計では、2002 年末で HIV と共に生きる人々の数は、約 5 万 6,000 人とされている（Geduld など、2004 年）が、彼らの 3 分の 1 もが、自らが HIV 陽性であることに気付いていないとされる。先住民族出身の国民が HIV に感染している割合は、先住民族でない国民のそれの 2 倍に及ぶと見られている。2002 年にカナダで発生した新規 HIV 感染の大部分が、男性間の無防備なセックス（40%）、の発生率に関するものと混同されるべきではない。**英国**において HIV 陽性の診断件数が近年増えている理由は、ある程度まで HIV 検査の増加に帰することができると思われる（2002 年に HIV 陽性と診断された MSM の半数は、6 年以上前に感染したと考えられる）。いずれにせよ、イングランドでは、HIV 感染が、最も急速に増加している深刻な健康問題となっている（保健省、2003 年）。1990 年代後半に、治療へのアクセスが拡大したことで、

検査を受ける人々が増えた**ドイツ**では、最近の診断の増加（2000 年の HIV 陽性診断 642 件から 2002 年の 742 件）は、新規感染数の実際の増加を反映している可能性が高い。西欧諸国において MSM 間の HIV 陽性率が持続的に高い（国によっては 10～20%、大都市ではさらに高い）ことを鑑みると、MSM を対象にしたセーファーセックスキャンペーンを再び強化し、改善する緊急の必要性がある（Hamers & Downs、2004 年）。

大多数の西欧諸国では、IDU を原因とする新規 HIV 診断件数の割合は減少しているものの、**イタリア、ポルトガル、スペイン**などの国々、もしくはそれ以外の国のいくつかの都市の流行においては、IDU が重要な要因であり続けている。ほとんどの場合、IDU を原因とする HIV 感染の減少は、多くの西欧諸国で実施された IDU を対象にした効果的な予防努力の結果と考えられる安全でない注射行為の減少を反映したものである。スペインは、包括的なハームリダクション（害の緩和）施策（メタドン治療プログラムや注射針交換プロジェクトなど）により、IDU 間の感染がいかに抑止できるかを示した見事な事例である。IDU 間の新規 HIV 感染件数は、1985～1986 年に 1 万 6,000 件にも達していたが、その後、激減した（De la Fuente など、2003 年）。

しかしながら、**スペイン**及びその他のヨーロッパ諸国では、IDU 間の HIV 陽性率は、国内各地域によって大きく異なる場合がある（薬物及び薬物中毒欧州監視センター、2003 年）。たとえば、カタロニア地方にあるスペイン薬物中毒治療センターで行われた IDU を対象にした調査では、38%の HIV 陽性率が 2001 年に測定されている（カタロニア HIV／エイズ疫学調査センター、2001 年）。実際、スペインにおける IDU は現在、同国の北東部とバレアレス諸島にほとんど集中していると思われる（De la Fuente、2003）。新規 HIV 陽性診断件数の割合が欧州では他国よりも高い**ポルトガル**では、IDU は、2002 年における HIV 陽性診断件数の約 50%を依然として占めていた。その他の国々（**フランス、イタリア、オランダ**など）の特定の地域においても、IDU 間において 20%以上の HIV 陽性率が依然として見られる（Hamers & Downs、2004 年）。たとえば、フランス・マルセイユの治療センターにおける IDU を対象にした調査では、22％が HIV に感染していた（Emmanuelli など、2004 年）。しかし、幸いなことに、29 歳以下の IDU は誰一人として、HIV 陽性とは判定されなかった。それでもなお、IDU 間、そして彼らからそのセックスパートナーへの HIV 感染をさらに食い止める努力が引き続き行われる必要がある。実際、ポルトガルでは、2002 年に起こった新規 HIV 感染診断数の 40%以上が異性間の性感染となっている。利用可能なデータに基づくと、同様の趨勢が、イタリアおよびスペインのいくつかの地域または州でも検知されている（Hamers & Downs、2004 年）。

西欧では毎年多数の新規感染が発生している。
そして多くの感染者が、感染していることに気付いていない。
新規感染診断の多数が深刻な流行にみまわれている国の出身者だ。

西欧では、異性間の性交渉に起因する HIV 感染の割合が増加する傾向があり、それと共に、HIV に感染する女性の数も増えている。データが利用可能な西欧 12 カ国の中で、HIV に感染していると新たに診断された人々の中で女性が占める割合は、1997 年の 25％（7,770 人中 1955 人）から、2002 年の 38%（1 万 1,337 人中 4269 人）に増大している（Hamers & Downs、2004 年）。**フランス**では、2003 年の新規 HIV 陽性診断数の約 3 分の 2 が異性間の性交渉で感染した人々であったが（公衆衛生監視局、2004 年）、**英国**では、その割合は約 49%、**ドイツ**では 41%に達している。また**オランダ**などの国では、非常に多くの数の女性セックスワーカーが依然として HIV に感染しており、オランダでは、2002～2003 年の調査で、ロッテルダムのセックスワーカーの 7％（ストリートで働くセックスワーカーでは最高 12%）が HIV 陽性であることが判明している（Van Veen など、2004 年）。また、最近の調査によれば、**スペイン**のマドリッドでは、移民セックスワーカー（男

女）の約 5%が 1998 年から 2003 年の間に HIV 陽性であった。セックスワーカーの大多数は、サハラ砂漠以南のアフリカ出身であった（Gutierrez ら、2004 年）。

特にサハラ砂漠以南のアフリカ諸国など、深刻なエイズの流行を抱える国々からの移住者が、西欧全体の HIV 感染者の中で、その全人口に対する割合に対して不釣合いに大きな割合を占めるようになっている。たとえば、**ドイツ**及び**英国**では、近年における新規に診断された異性間感染者のかなりの割合の者が、陽性率が高い国の出身者であった（Hamers & Downs、2004 年）。英国では、異性間感染の 4 分の 3 が恐らく、サハラ砂漠以南のアフリカで感染したと考えられている。一方**スウェーデン**では、異性間感染の 80%以上が、海外で起こったものだと想定されている。さらに HIV と共に生きている移住民の大多数は、自らが HIV 陽性であることに気付いていないように思われる。一般的に言って、HIV 感染が判明するのは、個人に何らかの症状が出た場合、または妊娠した場合である傾向がある。大部分の国では、移民は、充分かつ適切で社会的に妥当な予防措置、治療やケアサービスが利用できない状態に置かれている。この状況を是正するには、社会的・法的差別や、移民が遭遇する行政上のハードルに真正面から取り組む方策も含む協調努力が求められる。

中央ヨーロッパの国々（**チェコ共和国**及び**ハンガリー**）では、新規 HIV 感染者数は、1990 年代後半から横這いで推移しており、新規感染件数の大部分が**ポーランド**で記録されている。**チェコ共和国**、**ハンガリー**、**スロベニア**及び**スロバキア共和国**では、男性間のセックスが HIV 感染の顕著な形態である。

世界の他所とは異なり、抗 HIV 療法を必要とするこの地域のほとんどの国々の大多数の人々は、それを利用することができる。その結果、エイズによる死亡件数は、1990 年代中盤から後半にかけて激減して以来、少ないままである。西欧では、エイズ患者間の死亡報告件数は、2002 年に 3,101 件（UNAIDS、2004 年）であった。しかし 2 つの憂慮すべき趨勢が出現している。国によっては、HIV 感染の大部分が、診断により明らかにされないままとなっている。たとえば、**英国**では、HIV と共に生きている人々の 3 分の 1 は自らが HIV 陽性であることを知らずに、エイズ関連の疾病が発症して初めてそれに気付くと推測されている（保健省、2003 年）。また、西欧では新たに HIV に感染した個人の中で、抗 HIV 薬に対する耐性ウィルスが出現しているという憂慮すべき証拠も存在する（Girardi、2003 年）。

総体的に言ってこれらの国々では、何万件もの新規感染が毎年起こっているが、HIV に感染した人々の多数は自分が HIV に感染していることに気付かないでいる。今後の主たる課題は、HIV に感染した人々すべてに対して初期の効果的な治療及びケアを提供し、予防努力を刷新すると共に、それらを変化する流行形態に適応させ、HIV 感染の心理社会的、経済的、物理的影響を弱めることにあると言える。