

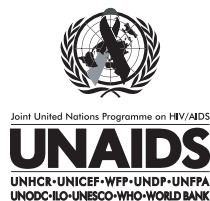
HIV/AIDS最新情報

2004年末現在



「HIV/AIDS最新情報(2004年末現在)」の英文原書は国連合同エイズ計画より発表された「AIDS epidemic update, December 2004」です。この日本語翻訳版は財団法人エイズ予防財団により準備されました。翻訳の正確性については、財団法人エイズ予防財団に責任があります。翻訳上の食い違いがある場合は、英語原版の内容を正当とします。

“This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as AIDS epidemic update in 2004. This Japanese translation was arranged by the Japanese Foundation for AIDS Prevention (JFAP). The JFAP is responsible for the accuracy of the translation. In case of any discrepancies, the original language will govern.”



英語原本出版番号 : UNAIDS/04.45E (English original, December 2004)

日本語翻訳版出版番号 : UNAIDS/04.45J (Japanese translation, December 2004)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) 2004

All rights reserved. Publications jointly produced by UNAIDS and WHO can be obtained from the UNAIDS Information Centre. Requests for permission to reproduce or translate UNAIDS publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should also be addressed to the Information Centre at the address below, or by fax, at +41 22 791 4187, or e-mail: publicationpermissions@unaids.org.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNAIDS or WHO concerning

この著作に関するあらゆる権利はUNAIDS(国連共同エイズ計画)およびWHO(世界保健機関)が保有します。UNAIDS/WHOが協同で出版した著作物はUNAIDS広報センターから入手できます。UNAIDS著作物の複製あるいは翻訳の許可申請は、商業的利用・非商業的利用のどちらの場合でも、UNAIDS広報センター宛てに出してください。Eメールpublicationpermissions@unaids.org あるいはFAX (+41-22-791-4187)でも申請可能です。

この著作物に記載されている地名・情報は、国・領土・地方自治体・地域の法的地位・権限に関して、および、境界線・境界地帯の境界線決定に関して、UNAIDS/WHOのいかなる意見を述べるものではありません。

the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by UNAIDS or WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

UNAIDS and WHO do not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

特定の会社名あるいは製造業者の製品に関する記載は、UNAIDS/WHOがその会社・製品を、本著作物に記載されていない同じ性質を持つ他会社・他製品と比較して、支持・推奨するものではありません。誤りや脱落したものを除いて、特許薬品名は大文字のイニシャルで識別してあります。

UNAIDS/WHOはこの著作物に記載してある情報が、完璧・正確であると保証するわけではありません。またこの著作物に記載してある情報を利用した結果生じうるいかなる損害についても、UNAIDS/WHOは法律上の責任を負いません

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

UNAIDS.

AIDS epidemic update : 2004.

1. HIV infections – epidemiology
2. Acquired immunodeficiency syndrome – epidemiology
3. Disease outbreaks I. Title.

ISBN 92 9173390 3

(NLM classification : WC 503.41)

UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27 - Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 - Fax: (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>

目次

謝辞	
世界の HIV/AIDS 流行状況 (2004 年末現在)	1
序文	2
女性と AIDS (エイズ)	7
サハラ以南アフリカ	19
カリブ海沿岸諸国	31
アジア	36
東ヨーロッパ・中央アジア	47
ラテンアメリカ	57
オセアニア	62
中東・北アフリカ	65
北アメリカ、西・中央ヨーロッパ	69
地図	75
HIV に関する推計総数 (成人・子供)、2004 年末現在	76
HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数、2004 年末現在	77
2004 年における新規 HIV 感染者 (成人・子供) 推計総数	78
2004 年における AIDS による死亡者 (成人・子供) 推計総数	79
文献目録	80

謝辭

This publication was prepared by Hein Marais, with Karen Stanecki and a support team comprised of Jesus-Maria Garcia Calleja, Peter Ghys, Catherine Hankins, Annemarie Hou, Judith Polsky and Elizabeth Zaniewski, under the guidance of Purnima Mane and Achmat Dangor.

The publication would not have been possible without the contributions of Lidia Andrushchak, Maha Aon, Reeta Bhatia, Asya Bidordinova, Ma.Elena Borromeo, Yves Bourney, Raul Boyle, Michel Cayemittes, Paloma Cuchi, Ruben Del Prado, Monica Djupvik, Sun Gang, Claudia Garcia-Moreno, Eleanor Gouws, Francoise Hamers, Samia Hashim, Gillian Holmes, Henrica Jansen, Setou Kaba, Aziz Khudoberdiev, Alexander Kossukhin, Aldo Landi, David Lawson, Bertil Lindblad, Tiwonge Loga, Samia Lounnas, Rob Lyerla, Mahesh Mahalingam, Mary Mahy, Bunmi Makinwa, Valerie Manda, Dominique Mathiot, Aurorita Mendoza, Henning Mikkelsen, Rosemeire Munhoz, Cesar Nunez, Elizabeth Pisani, Nii-K Plange, Lisa Regis, Joel Rehnstrom, Irina Savtchenko, Smolskaya Tatiana, Angela Trenton-Mbonde, Neff Walker, Enrique Zelaya, Laurent Zessler.

The production team included Sandy Beeman, Alistair Craik, Efren Fadriquela, Nathalie Gouiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova and Andrea Verwohlt.



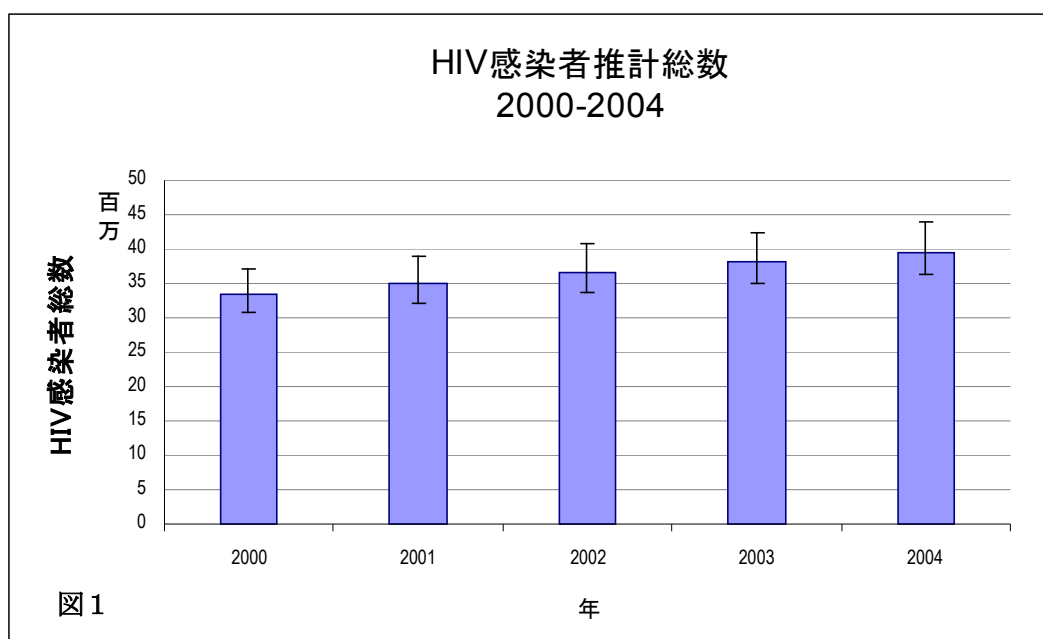
世界の HIV/AIDS 流行状況 (2004 年末現在)

HIV 感染者数 (2004 年末現在)	合計	3,940 万人 (3,590-4,430 万人)
	成人	3,720 万人 (3,380-4,170 万人)
	女性	1,760 万人 (1,630-1,950 万人)
	子供(15 歳未満)	220 万人 (200-260 万人)
2004 年における 新規 HIV 感染者数	合計	490 万人 (430-640 万人)
	成人	430 万人 (370-570 万人)
	子供(15 歳未満)	64 万人 (57-75 万人)
2004 年における AIDS による死亡者数	合計	310 万人 (280-350 万人)
	成人	260 万人 (230-290 万人)
	子供(15 歳未満)	51 万人 (46-60 万人)

推計値の右の () 内の範囲に実際の数値が存在する。推計値・範囲は入手可能な最良のデータを基にして算出された。

序文

全世界の HIV (Human Immunodeficiency Virus: ヒト免疫不全ウイルス) と共に生きる人々の数は 2004 年には過去最高の水準に達しており、3,940 万人 (3,590 万人—4,430 万人) が HIV と共に生きていると推計される (図 1)。この数字には 2004 年に新たに HIV に感染した 490 万人 (430 万人—640 万人) が含まれている。2004 年には AIDS は全世界で 310 万人 (280 万人—350 万人) の命を奪った。



HIV 感染者の数は全地域で増え続けており、2 年前と比較すると、特に東アジア・東欧・中央アジアにおいて急激に増加している(3 頁表参照)。東アジアの HIV 感染者数は 2002 年から 2004 年にかけて 50%増加した。この増加は主に中国における急速な感染拡大に起因する。東欧・中央アジアでは、2004 年の HIV 感染者数は、2002 年よりも、40%以上増加している。この増加傾向は、ウクライナの感染拡大が再び進行し始めたこと、およびロシア連邦における HIV 感染者数の着実な増加による。

サハラ以南アフリカは依然、最悪の影響を受けている地域であり、2002 年の HIV 感染者

数は 2,440 万人 (2,250 万人—2,730 万人) であったが、2004 年末現在では 2,540 万人 (2,340 万人—2,840 万人) の HIV 感染者がいる。全世界における HIV 感染者の三分の二弱 (64%) が、および、全女性感染者の四分の三強 (76%) が、サハラ以南のアフリカにいる。

サハラ以南アフリカ地域の流行状況は、地域全体の HIV 陽性率が 7.4%で、安定してきているように見える。しかしながら、そのような概略的なものの見方では、重要な側面が隠れてしまう。第一に、おおまかに HIV 陽性率が安定して見えるのは、新たに HIV に感染する人の数と、AIDS で亡くなる人の数が、ほぼ同数であるという側面だ。見かけ上は、

HIVに関する地域別推計値・特徴 (2002年末および2004年末)					
		HIV感染者数 (成人・子供)	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)
サハラ以南 アフリカ	2004年	2,540 万 [2,340-2,840 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]	290 万 [260-360 万]	7.5 [7.0-8.4]	210 万 [190-230 万]
北アフリカ・ 中東	2004年	540 000 [23-150 万]	92 000 [34 000-350 000]	0.3 [0.1-0.7]	28 000 [12 000-72 000]
	2002年	430 000 [18-120 万]	73 000 [21 000-300 000]	0.2 [0.1-0.6]	20 000 [8300-53 000]
南アジア・ 東南アジア	2004年	710 万 [440-1,060 万]	89 万 [48-200 万]	0.6 [0.4-0.9]	49 万 [30-75 万]
	2002年	640 万 [390-970 万]	82 万 [43-200 万]	0.6 [0.4-0.9]	43 万 [26-65 万]
東アジア	2004年	110 万 [56-180 万]	29 万 [84 000-830 000]	0.1 [0.1-0.2]	51 000 [25 000-86 000]
	2002年	76 万 [38-120 万]	12 万 [36 000-36 万]	0.1 [0.1-0.2]	37 000 [18 000-63 000]
オセアニア	2004年	35 000 [25 000-48 000]	5000 [2100-13 000]	0.2 [0.1-0.3]	700 [<1700]
	2002年	28 000 [22 000-38 000]	3200 [990-9600]	0.2 [0.1-0.3]	500 [<1000]
ラテン アメリカ	2004年	170 万 [130-220 万]	24 万 [17-43 万]	0.6 [0.5-0.8]	95 000 [73 000-120 000]
	2002年	150 万 [110-200 万]	19 万 [14-32 万]	0.6 [0.4-0.7]	74 000 [58 000-96 000]
カリブ海沿岸	2004年	44 万 [27-78 万]	53 000 [27 000-140 000]	2.3 [1.5-4.1]	36 000 [24 000-61 000]
	2002年	42 万 [26-74 万]	52 000 [26 000-140 000]	2.3 [1.4-4.0]	33 000 [22 000-57 000]
東欧・ 中央アジア	2004年	140 万 [92-210 万]	21 万 [11-48 万]	0.8 [0.5-1.2]	60 000 [39 000-87 000]
	2002年	100 万 [67-150 万]	19 万 [94 000-440 000]	0.6 [0.4-0.8]	40 000 [27 000-58 000]
西欧・ 中欧	2004年	61 万 [48-76 万]	21 000 [14 000-38 000]	0.3 [0.2-0.3]	6500 [<8500]
	2002年	60 万 [47-75 万]	18 000 [13 000-35 000]	0.3 [0.2-0.3]	6000 [<8000]
北アメリカ	2004年	100 万 [54-160 万]	44 000 [16 000-120 000]	0.6 [0.3-1.0]	16 000 [8400-25 000]
	2002年	97 万 [50-160 万]	44 000 [16 000-120 000]	0.6 [0.3-1.0]	16 000 [8400-25 000]
合計	2004年	3 940 万 [3 590-4 430 万]	490 万 [430-640 万]	1.1 [1.0-1.3]	310 万 [280-350 万]
	2002年	3 660 万 [3 330-4 110 万]	450 万 [390-620 万]	1.1 [1.0-1.2]	270 万 [250-310 万]

* 2004年の成人(15-49歳)HIV陽性率は2004年の人口統計を使用。

推計値の下の[]内の範囲に実際の数値が存在する。推計値・範囲は入手可能な最良のデータを基にして算出された。

HIV 陽性率レベルは変化が少なく安定しているが、実際には、非常に深刻な現実が横たわっている——特にアフリカ南部の状況は深刻で、この地域だけで世界の AIDS による死者数の三分の一を数える。第二に、アフリカにおける流行は、その規模および展開のペースにおいて、多種多様であるという側面だ。一様な「アフリカの流行」などというものは無い。アフリカ東部の都市部では、妊婦の HIV 陽性率が少し低下してきたところもある。また、アフリカ西部・中央部では、他のサハラ以南アフリカ地域に較べて、妊婦の HIV 陽性率が低いレベルでとどまっている。しかし全国平均値のような HIV に関するデータは国内のある地域では、非常に流行が深刻であるという事実を隠してしまう。ナイジェリアがその良い例である。アフリカ南部は、遺憾ながら、HIV 陽性率が今後低下する兆しは非常に少ない(19-30 頁参照)。

カリブ海沿岸地域の HIV 陽性率は世界で 2 番目に高く、5 カ国で 2% 以上である。また、AIDS が 15 歳から 44 歳の成人の、第一の死亡原因になっている。しかしながら、ますます多くのカリブ海諸国が、適切かつ断固たる対応により、流行拡大を抑えられるということを実証している(31-35 頁参照)。

予防の機会は多数ある

サハラ以南アフリカを含めた全地域において、現実に、流行がまだ低いレベルでとどまっている、あるいは、効果的な行動により抑制が十分可能な初期段階にある国々もある。したがって、最も脆弱な人口集団における HIV 感染拡大を阻止することが可能なプログラムの実行が要求される。しかしながら、多くの国々において、政治的決断・指導力の欠如により、道が塞がれている。特に、セックスを売る女性・注射器による薬物使用者・男性とセックスする男性のような、軽んじられ汚名を着せられている人口集団に HIV が感染拡大の足場を固めている場合は、何も実行されない。早急に消極的な態度を改めて実際の積極的なアプローチを取り入れなければ、今までは小規模な流行のみで逃れられている多くの国々においても、一層広範に HIV が拡大するであろう。

さらに道を阻んでいるのは、深刻な影響を受けている多くの国々において、一貫した国家主導の AIDS への対応が欠如していることだ。実施機構が増加して、また、資金が増大するとすれば、AIDS への対応において重複や分裂のリスクをあらかじめ阻止することが非常に重要だ。そのために、2004 年 4 月に主要援助機関は、AIDS に対する国家主導行動への支援を確証するための三つの大原則を是認した。「スリー・ワンズ (Three Ones)*」と呼ばれており、これらの原則は AIDS 対策の整合性・首尾一貫性を強化するためのものである。これらの原則が意図するところは、AIDS との闘いのための多種多様な取り組みを効果的に収束することが可能な簡潔なシステムを確証することだ。

女性がますます影響を受けている

AIDS 問題は、ますます多くの女性・少女に影響を及ぼしている(7-18 頁参照)。世界中の HIV と共に生きている人々の約半数弱が女性・少女である。サハラ以南アフリカでは、女性・少女が全感染者の 57% を占め、特に若年(15 歳-24 歳)感染者においては 76% が女性である。他の多くの地域においても、感染者総数に対する女性・少女の割合が、5 年前と比較すると、大きくなっている。

この傾向は AIDS への対応における深刻な欠落を指摘している。女性・少女を HIV から守る事業が拡大されなければならない。最近のユニセフの調査によると陽性率が高い国々において、若年女性の 50% が AIDS に関する基礎知識を知らない。女性・少女が HIV 感染に対して脆弱であるのは、単に知識がないことだけに起因するのではない。それは広範な女性の権利軽視に起因するのである。世界中で多くの場合女性は、パートナーの感染の可能性が高い行動の結果、HIV に感染するのだ。女性は、男性のそのような行動に対して、抑制力を持ち合わせていない。AIDS に対抗する際の女性・少女の窮状は、不平等(特に女性差別による不平等)と HIV の相互作用に取り組むための現実的な戦略の必要性を強調している。

*「スリー・ワンズ」原則とは、全パートナーの活動を調整する基本を提供するための一つ(one)の国家行動フレームワーク、広範な部門から権限委譲を受けた一つ(one)の国家 AIDS 調整機構、および一つの国レベル監視・評価システムを意味する。

女性についての HIV に関する地域別推計値・特徴 (2002 年末および 2004 年末)			
		成人 (15-49 歳) 女性の HIV 感染者数	成人 HIV 感染者総数に 対する女性の割合 (%)
サハラ以南アフリカ	2004 年	1 330 万 [1 240-1 490 万]	57%
	2002 年	1 280 万 [1 190-1 430 万]	57%
北アフリカ・中東	2004 年	250 000 [80 000-770 000]	48%
	2002 年	200 000 [62 000-620 000]	48%
南・東南アジア	2004 年	210 万 [130-310 万]	30%
	2002 年	180 万 [110-270 万]	28%
東アジア	2004 年	250 000 [120 000-400 000]	22%
	2002 年	160 000 [79 000-250 000]	21%
オセアニア	2004 年	7100 [4100-11 000]	21%
	2002 年	5000 [3000-7500]	18%
ラテンアメリカ	2004 年	610 000 [470 000-790 000]	36%
	2002 年	520 000 [390 000-690 000]	35%
カリブ海沿岸	2004 年	210 000 [120 000-380 000]	49%
	2002 年	190 000 [110 000-360 000]	49%
東欧・中央アジア	2004 年	490 000 [310 000-710 000]	34%
	2002 年	330 000 [220 000-480 000]	33%
西・中欧	2004 年	160 000 [120 000-200 000]	25%
	2002 年	150 000 [110 000-190 000]	25%
北アメリカ	2004 年	260 000 [140 000-410 000]	25%
	2002 年	240 000 [120 000-390 000]	25%
合計	2004 年	1 760 万 [1 630-1 950 万]	47%
	2002 年	1 640 万 [1 520-1 820 万]	48%

AIDS 対策は成長を続ける必要がある

2001 年以来世界の AIDS への対応は急激に変貌してきた。世界の資金供給はおおまかにみて 21 億米ドルから、2004 年には 61 億米ドルに増大した*。さらに重要な予防・ケア事業へのアクセスが大幅に改善された(UNAIDS、2004 年)。HIV 流行の全影響の 90%を負担している 73 の低・中所得国において実施された調査(Policy Project et al, 2004 年)の結果によると、AIDS 教育を受けている中等学校生徒の数は 3 倍近く増加し、自発的カウンセリング検査の受検者は 2 倍になった。また、母子感染防止措置を受けられる女性の数は 70%増加し、抗 HIV 薬を受けられる人々は 56%増加した。南アメリカ諸国および一部のカリブ海

沿岸諸国においては、必要な人々は抗 HIV 薬へのアクセスができるようになった。WHO・UNAIDS・パートナー機関による「3 バイ 5 イニシアチブ」を含めた治療・ケアを拡大する努力は、到達範囲を将来増加させることを約束している。

改善されてきたにもかかわらず、到達範囲は一樣ではなく、多くの点で非常に不十分のままである。2004 年 6 月現在で低・中所得国において約 440,000 人が抗 HIV 薬治療を受けている(WHO、2004 年)。これは、抗 HIV 薬治療が必要な人々の 10 人に 9 人は、その大部分はサハラ以南アフリカにいるのだが、治療を受けていないということを意味している。

*資金の出所は、国内支出 (公共部門資金および AIDS の影響を受けている個人・家族による支出を含む)、二カ国間援助 (2003 年より AIDS 救援のためのアメリカ合衆国大統領緊急計画を含む)、多機関援助 (国連システム、世界銀行、エイズ・結核・マラリアと闘うためのグローバルファンドを含む) および民間部門 (財団・国際 NGO・企業等)。

もしもこの低レベルの到達範囲が続けば、今後2年間に全世界で500万人から600万人が亡くなることになる(UNAIDS、2000年)。

究極的には、HIV予防が効を奏している場合にはじめて、AIDS治療が入手可能であり、持続可能である。それが行われた場合にのみ、世界的なAIDSの拡大を抑えることができる。効果的な、安価な、および比較的簡潔なHIVプログラムについては、十分なことが分かっている。それにもかかわらず、多くの地域において、そのようなプログラムが実施されていない。AIDSの影響を最も受けている73の低・中所得国においては、自発的カウンセリング検査にアクセスできるのは、成人(15歳から49歳)の1%以下である。実証されている効果的な妊娠・出産における母子感染予防措置を受けられる妊婦は10%以下にすぎない。孤児および弱い立場に置かれている子供達の中で、公的支援を受けているのは、多くの場合3%未満である(他地域よりも高い到達範囲を誇る東欧を除く)。

地域によっては多くの国々において、AIDSに関する歳出優先順位が、その国の主要な疫学的特徴と、いまだに乖離している。その結果、IDU(注射器による薬物使用者)および

MSM(男性とセックスする男性)等の人口集団は、しばしば、エイズ対策において無視されている。これらの人口集団がHIV流行の多大な影響を受けている地域でさえも同じことが言える。一般的に、IDU・セックスワーカー・MSM・ストリートチルドレン向けの予防プログラムの到達範囲は非常に低い。初歩的な予防サービスにアクセスできるのは、IDUの5%以下、セックスワーカー・MSM・ストリートチルドレンの10%から20%にすぎない(Policy Project et al., 2004)。これは社会における差別および政治的な無関心に因るところが大きい。この問題の一部は、しかしながら、未だに不適切なHIV動向調査システムに起因する。——不適切なシステムの欠点は、全世界で自明であるが、常に様相が変化するHIV流行への対応施策を的確に作成する国家の能力を損ねてしまうことだ。

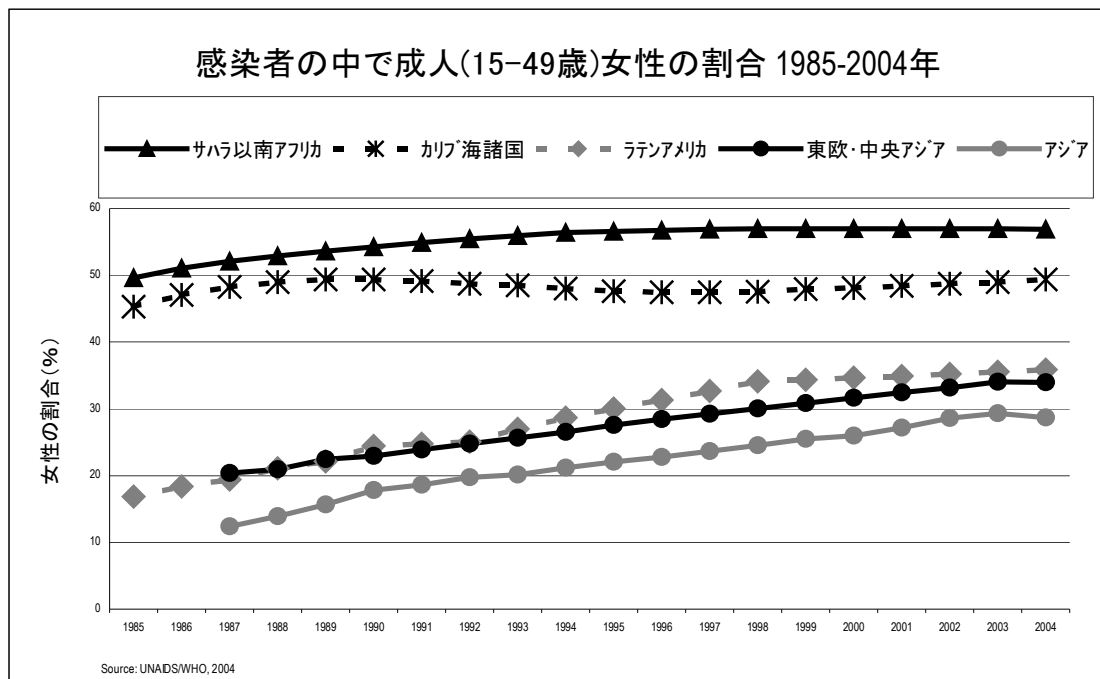
今までのやり方では、大損害を招く。AIDS問題の世界的な規模の大きさに匹敵する対応施策を達成するために、非常に多大な努力が必要とされている。流行拡大に大胆に取り組む再活性化された予防戦略、およびより広範な社会正義・平等を至上命題とする予防戦略なしでは、長期的に見て、AIDSとの闘いにおいて優位に立つことはないであろう。

女性と AIDS (エイズ)

はじめに

AIDS (エイズ) 問題は少女から大人まで女性の感染増加という形で影響を与え続けている。世界的に見た場合、HIV とともに生きる人々 (HIV 感染者) のまさに半分近くが女性である。多くの地域において、HIV に感染する人々の中で増加を続けているのが少女から大人までの年代を問わない女性たちである。図2をみてわかるように、特に東ヨーロッパ、アジア、ラテンアメリカで増え続けている。

図2



AIDS (エイズ) は、サハラ以南のアフリカとカリブ諸国におけるケースのように異性間のセックスが HIV 感染の主流を占める地域では女性に最も深刻な影響が及んでいる。サハラ以南の成人感染者のおよそ 57% は少女から大人までの女性たちで占められている (19~30 ページを参照)。全体的に見て HIV に感染した女性全体の 4 分の 3 がこの地域に住んでいる。最新の家族単位の人口基礎調査によれば、この地域の成人女性は同じ地域の男性に比べ感染割合が 1.3 倍であると推定される (2004 年 UNAIDS)。この不均衡は、

15-24 歳の若い女性で際立っており、この年代の女性たちは同じ年代の男性に比べおよそ 3 倍以上も感染しているものと推定される。

この実態は詳細に見てみるとより不安な要素を持ち、深刻である。例えば、**南ア共和国**、**ザンビア**、**ジンバブエ**などでは、若い女性 (年齢 15-24 歳) は同年代の男性に比べ 3~6 倍も感染しているものと見られる (ザンビア中央統計局、2003 ; ジンバブエ青年調査)。これらの国では HIV と共に生きる若者の 4

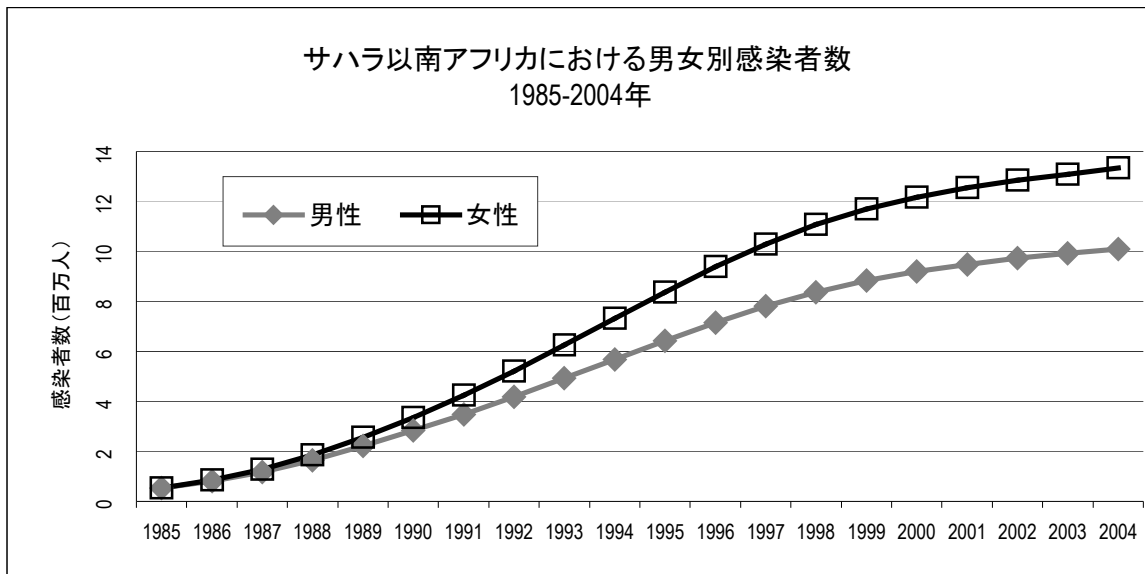


図3

分の3以上は女性だとされている (WHO アフリカ地域事務所, 2003 ; リプロダクティブヘルス研究班&医療研究審議委員会, 2004)。カリブ諸国では42万人 (260,000-740,000人)の成人感染者の約半数近くを女性が占め、この地域では15-24歳の若い女性は同年代の若い男性のおよそ2倍感染しているのではないかと推定される。(UNAIDS, UNIFEM, UNFPA, 2004年) (31-35ページを参照)。

世界の他の地域では、HIV感染の多くは、汚染された注射器を使っての薬物の回し打ちや予防をしない男性同士の性行為、安全でない売買春などで起こっている。とは言っても、その感染拡大が特定のグループに閉じ込めておけると考えるのは幻想である。IDU (注射器による薬物使用者)の多くは年齢的にも若く、性行動も活発な者が多く、二重のウイルス感染リスクにさらされている。また、いくつかの国、特にアジアや東ヨーロッパでは、非常に多くのセックスワーカーは薬物注射も行っている。セックスワーカーの客のほとんどは、妻や決まったガールフレンドなど、他の性的なパートナーを持っている。また、どの地域でも、MSM (男性とセックスする男性)のかなりの割合が女性ともセックスしている。エイズ流行拡大のいかなる局面も特殊だったり私たちの生活からかけ離れたものではない。エイズの流行拡大が確実なものになるに従い、ますます多くの女性が感染するようになっている。

MSM (男性とセックスする男性)、そしてIDU (注射器による薬物使用者)を中心としたグループに感染が広がっていたラテン・アメリカだが、今や170万のHIVに感染した成人 (130万~220万人)の36%を女性が占めるまでになっている (57-61ページを参照)。東ヨーロッパや中央アジアのさらに多くの女性たちが薬物注射に際して汚染した器具を使うことによってウイルスにさらされ、さらに汚染した注射器で注射したりセックスワーカーの客となっている男性パートナーからうつされたりするため、全体的に見て女性感染者の割合はジリジリと増え続けている (47-56ページ参照)。そこでは女性感染者の割合は34%を占めるが、2年前は33%であった。地域で最大の感染拡大が起こっているロシアでは、HIVと診断された人の中で女性の占める割合が2001年に24%だったのに対し、2003年には38%まで上昇してしまった (ロシア連邦AIDSセンター、2004年)。

東ヨーロッパとアジアの一部ではセックスワーカーおよび薬物使用者といった特定グループ内、または特定グループ間でエイズの流行が拡大した。その後一般的に“普通の人々”と呼ばれる人々の中へ浸透し、女性や少女に対する影響を与えるという形でエイズの流行が次第に大きくなっている。東アジアでは成人HIV感染者全体の22%、HIVに感染した若者 (年齢15-24歳)の28%を女性が占めている。南アジア及び東南アジアでは成人感

広く存在する HIV とセックスについての無知

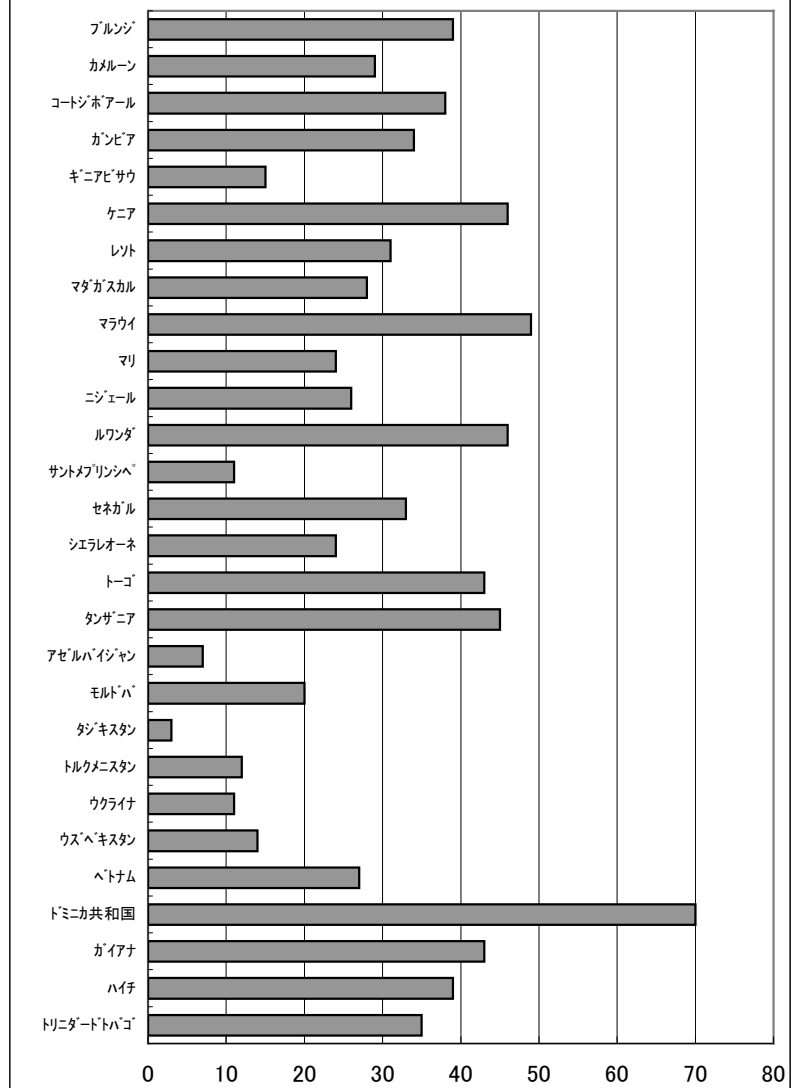
社会規範は少女や若い女性に危険な無知の状態を強制し、彼女らはセックスと性欲・性指向（セクシャリティ）についてほとんど知らないでいて欲しいと思われている。知識の欠如は彼女らの HIV 感染のリスクを大きくする。図 4 は、多くの国の若い女性の多くが HIV 感染症に対して自分の身を守る方法を知らないことを示している。カメルーン、レソト、マリ、セネガル、そしてベトナムなどの国々では、若い女性（年齢 15–24 歳）の 3 分の 2 以上が HIV 予防の 3 つの方法を知らなかった。モルドバ、ウクライナ、ウズベキスタンでは 80% 以上の若い女性が同様の知識を欠いていた。また、全般にセックスに関する知識程度も驚くほど低い。例えば、インドのウッタープラデッシュにおける農業地帯の既婚女性に関する最近の研究では、夫と同居し始めた時点で、71% の女性（全員が思春期前に結婚していた）がセックスはどうするのかを知らず、83% はどうしたら女性が妊娠できるのかを知らなかったことがわかった(Khan 他、2004 年)。

感染者の 30%（2 年前の 28% から増加した）、そして若年層感染者の 40% は女性と少女たちである。インドにおいては新規感染者の 4 分の 1 以上を女性が占めると推定される。また産科診療所で HIV 陽性と診断された女性の 90% が貞節を守っており、しかも相手とは長期の関係を持っているという (Cohen, 2004 年)。カンボジア、ミャンマー、タイ（およびインドの特定地域）等では配偶者間の HIV 感染が顕著な感染経路となっている。これらの国々は深刻な流行拡大と闘ってきた。12 年前、タイの HIV 感染の 90% はセックスワーカーとその客の間で起こっていた。2002 年までに起こった顕著な変化は、新規感染のおよそ半分は配偶者間であり、現役もしくは以前の買春客がその妻たちに HIV を感染させたものと考えられる。(タイ HIV/AIDS プロジェクト、2001 年)。

世界各地の様々な状況を見ると、女性への深刻な感染拡大はジェンダー（社会的な性別役割分担の既成概念）、生い立ちにかかわる階級やその他の不平等などの問題に起因している。西ヨーロッパや北アメリカなどの工業化が進んだ国々も同様な問題を抱えている。これらの国々では HIV 感染者のおよそ 4 分の 1 は女性である。社会から取り残された人口集団に属する女性たちの間に徐々に HIV は定着しつつある。これらにはマイノリティ（少数グループ）、移民、避難民などが含まれる（69–73 ページ参照）。例えば、アフリカ系アメリカ人女性やヒスパニック系女

性の人口は、アメリカ合衆国に住む女性全体の人口の 4 分の 1 以下であるが、今世紀に至っては女性のエイズケースの報告の 80% はこれらの人々で占められている（アメリカ疾病予防センター（CDC）、2002 年）。

3つのHIV感染予防法(*)を知っている 若年女性(15-24歳)の割合、1999-2002年 図 4



* 1) 挿入なしのセックス、2) コンドーム使用、3) 一人の貞節を守る陰性パートナーとだけセックスする。出典：MEASURE; UNICEF

不平等、性的役割分担（ジェンダー）と HIV

さまざまな地域における HIV 予防の努力は、人々の行動を形成し人々の選択を制限する性的役割とその他もろもろの不平等を考慮に入っていない。多くの HIV 予防戦略は、誰もが自由・平等で、選択する権利を与えられており、セックスをしないか、自分のパートナーに貞節であるか、常にコンドームを使うかの選択ができる、といった理想化された世界を想定して策定されている。実際のところどうかといえば、女性と少女達は男性と少年達がさらされることのない、HIV に関するさまざまな危険因子に直面し、かつ無防備である。——それら因子の多くは彼女たちが暮らす社会における人間関係や経済的現実の中に深く留まっている。これらの要素は、簡単には取り払ったり変えることはできないが、こうした現実を変えない限り、エイズの流行拡大を抑制したり後退させる努力が持続的な成功を遂げることは不可能だろう。

「贈り物」によって象徴される多くのパートナー関係は、多くの貧しい女性にとって、生き残るための鍵となる方策であろう。貧困に押し流されて、より良い生活を渴望して、多くの女性・少女たちは、物やサービス、お金、住居、またはその他の基本的必需品と引き換えに自

分たちの性を商品として使うことになる——往々にして年配の男性に対してそうする (Halperin and Eostein, 2004)。こうした「代償としてのセックス」は、しばしば複数の、そして年配の男性を相手とした結婚によらない性関係を含んでいる。これは男性の経済的地位が高いこと、男性のほうが資源へのアクセスが容易なこと、女性は基本的なニーズを満たすことさえ困難なこと、男性が多数の性的パートナーを持つことを認める文化的価値などを反映している (Jewkes and Wood, 2001)。

世界で最悪の HIV の打撃を受けた地域であるアフリカ南部の明らかな特徴の一つは、社会的経済的不平等である。それは単に金持ちと貧乏人との間の不平等ばかりか、貧乏人の間にも不平等があるという事実である。HIV 感染拡大と社会経済的指標の関係は極めて複雑である。社会的不平等は、広範な窮迫および移住労働者システムによって生じた社会的なひずみの上に積み上げられている。そして急速に成長する商業主義文化と相まって、アフリカ南部における搾取的代償的な「サバイバル」のための異なる年齢間のセックスが横行する肥沃な土壤を提供している (アフリカ南部における女性とエイズに関する国連事務総長特別委員会、2004 年)。移住労働者システムは、女性による市場での物

死が二人を分かたずまで

結婚まではセックスを慎むようにと少女を説得することに焦点を当てたプログラムは、多くの女性にとってはほとんど助けにならない。場所によっては、女性の主な HIV 感染リスク要因は、過去現在にわたって妻以外のセックスの相手を持つ夫に忠実であるという事実にあるからである。キスム (ケニア) 及びヌドラ (ザンビア) 都市部における 15-19 歳の性的に活発な少女を対象に行われた調査は、既婚者の HIV 感染率が性的に活発な未婚者より 10% も高かったことを報告している (Glynn 他, 2001 年)。ウガンダ農村部においては、HIV に感染した 15-19 歳の女性中 88% が既婚者だった (Kelly 他, 2003 年)。これはつまるところ、若い女性、特に 10 代、が自分より著しく年長の男性と結婚することがよくあり、この男性たちは妻以外のパートナーを持っている (また、持っていた) ことが多く、それゆえに HIV 感染リスクが高いためである。

夫婦関係の力のバランスが男性に偏っているという事実が、間接的に生か死かを定めることになる。女性や少女はパートナーの男たちが自分以外の相手がいることがわかっていたり、彼が HIV に感染しているに違いないと疑っている場合でさえ、セックスをやめて欲しい、またはコンドームを使って欲しいと主張するだけの力がない。例えばザンビアの研究では、自分たちが夫にコンドームを使うよう頼む権利があると信じていた女性はわずか 11% だけだった——たとえ、夫が裏切っているのが明らかであり、かつ HIV 陽性であっても——。インドのムンバイでは、多くの女性は、自分でもリスクがあると感じている長期間の関係を離れることの経済的損失の方が、夫婦関係に留まることによる健康被害より重大であると感じていた (Gupta, 2002 年)。南ア共和国・ソウエトにおける産科診療所に通う女性を対象とした最近の研究で、明らかに女性より男性が力と支配力を振るうような夫婦関係ではより多くの女性が HIV 陽性である傾向があることがわかった (Dunkle 他, 2004 年)。結婚生活における HIV 感染を予防することには特別な注意が払われなければならない。世界中の女性が性的関係の条件を決めるためのより大きな力と技術を必要としている。そして、同時に彼女たちの男性パートナーの HIV 感染リスクも減らさなければならない (Stephenson and Obasi, 2004 年)。

売り等や他の商売が発達しているアフリカ大陸の他の地域に比べ、男性パートナーへの女性の経済的依存性を大きなものへと変化させた。この地域では、低学歴の女性にとって収入を得る機会には特に少なく、女性労働者が多くを占める工業部門（衣類製造業など）は、関税と補助金の変化に関連する雇用喪失により大打撃を受けた。このことが女性の経済的地位をさらに弱いものにし、男女間の不平等を一層悪化させ、ともすれば女性の HIV 感染リスクを高めることになった(Hunter, 2002 年)。

セックスが果たす様々な社会的機能を認めることも重要である。セックスは、信頼を探求し表現するニーズ、地位・自尊心の探求、孤独からの逃避のための努力、退屈を慰めるための努力と密接にからまっている。例えば、南ア共和国での研究では、広範囲の窮迫と高い失業率(同時に手頃なレクリエーションの欠如)の中で、性的な関係は、自尊心を高め、友愛を強め、また退屈を解消する機会をしばしば提供していることが示されている(Jewkes, Vundule and Maforah, 2001 年)。これらを追求することで

**エイズを抑え込もうとするならば、女性と少女の感染率を低下させることが不可欠である。
今行われているプログラムはこれを実現していない。**

多くの女性は危険にさらされる。彼女たちが消耗させられるからだ。それは HIV が定着している地域だけではなく、性別による不平等が明白な環境においてもそうである。また、男性が優位に立っている場合および社会規範と法制度が男性の優位性を支持している場合においてそうである。

情報と認識だけでは十分ではない。予防努力が長期的に成功をおさめるためには、性別役割的・社会経済的不平等と HIV に対する脆弱性との相互作用について取り組む必要がある。予防活動は、女性が日常生活において経験している不平等な状況を、考慮しなければならない。また、多くの人々にとって、セックスはその人の自由になる数少ない商品価値のある安定した財産の一つだという事実について取り組む必要がある(Stephenson and Obasi, 2004 年; Cates, 2004 年)。少女や女性たちによる多くの性的リスク負担は、不平等な性別役割関係および資源・資産・所得獲得機会・社会的権威へのアクセスの不均衡によって特徴づけられる。彼女た

ち、特に女性が世帯主である家庭の女性たちのために、持続可能な暮らしを保証するためには非常に多くのことがなされなければならない。そうすることで、彼女たちは自分を HIV 感染から守ることができ、その影響に対処できるようになる。女性の経済的・社会的地位を向上させることが、持続可能なエイズ戦略の重要な部分であると考えられるべきである。

年齢差に注意

若い女性と年齢差の大きい男性とのセックスはアジア、カリブ諸島、サハラ以南のアフリカなど多くの国々ではよくあることである。例えば、アジアでは(見合い)結婚でよくある。アフリカ諸国ではこの現象はより普及していて、相互利益のために結びつき、家の威信を守るため、あるいは経済的必要性のために行われる。異なる世代間のセックスや代償としてのセックスはしばしば交錯する。例えば、アフリカのいくつかの地域における研究では、しばしば年配の男性が少女の家族の学校の授業料、交通費、食料雑貨類などの生活に必要な経費を援助して

いることがわかった (Buve, Bishikwabo-Nzarhaza & Mutan-adura, 2002 年; Hallman, 2004 年; Luke and Kurz, 2002 年)。それでもやはり、隠された高い代償を払う可能性がある。20 代後半と 30 代の男性は、HIV 陽性である可能性が高い。依存関係が従属的男女関係に組み込まれている場合は、自分を HIV 感染から守る女性の能力を制限してしまう。特に若い女性が「純潔」であると思われている場合には、男性がコンドームを使わないことをよしとする傾向がある (Gregso 他 2002 年; Preston-Whyte 他, 2002 年)。加えて、予防をしない陰性交における感染リスクは男性より女性により大きく、子宮頸部が十分強く発達していない少女にとってのリスクは最も大きい。

例えば、アフリカ南部では女性や少女達がセックスをするようになってほどなく HIV に感染している。ザンビアにおける研究によれば、HIV 検査をする 1 年前まで処女であったという女性の 18% が HIV 陽性であることがわかった、一方、南ア共和国では、性的に活発な 16-18

歳の少女の21%がHIV陽性であるとわかった。パートナー同士の年齢差が、若い女性の感染する可能性に影響を与えているという証拠もある(Kelly 他, 2003 年)。ジンバブエ農村部における10代の少女(15-19歳)のHIV陽性率は最近の相手が5歳未満の年上だった場合は約16%だったが、10歳以上年上の場合、陽性率はほぼ2倍であった(Kelly 他, 2003 年)。ケニアのキスムでは、夫が3歳以下の年上だった場

女性たちがHIVの情報を得たりHIV検査を受けたり、治療を試みるのを妨げている。それは彼女たちが、自分自身が感染していることを強く疑っているときであってもそうである。

女性に対して行われた最も一般的な暴力の形態は彼女たちの最も親密なはずのパートナーによるものであった。例えば、調査によるとナミビア、ペルー、タイの女性中3分の1から2分

年上の男性との関係は、少女たちを虐待と搾取に無防備な状態に放置する 一方的な力関係が前提となっていることが考えられる。

合は、妻は誰もHIVに感染していなかったが、10歳以上年上の夫を持つ女性の半分はHIV陽性だった。

多くの少女たちは暴力や強制によって最初のセックスを経験している。調査によれば、ペルー農村部における若い女性の24%は最初のセックスは強制されたものであったという。また、ジャマイカでは20歳前にセックスを経験した少女たちの深刻な割合(2001年の研究では12%)がレイプであった。南ア共和国では、最近の全国調査によると、性的な経験をしたことのある若い女性の10%は強要されたセックスだったと述べている(リプロダクティブヘルス・リサーチ・ユニット及び医療研究委員会, 2001年)。ザンビアの研究によると、13歳から19歳の少女の6人中1人がセックスを強要されたことがあると回答している(健康福祉局、中央統計局、ザンビア厚生中央委員会対策、2002年)。

HIVと女性に対する暴力

女性に対する暴力は世界共通の問題であり、大規模な人権と公衆衛生上の課題である*。また、それはHIV感染症に対する女性の感染リスクを増大させる。女性に対する性的及びその他の形態の虐待とHIVに感染した時期の強い相関関係を確認した研究もある(Garcia-Moreno と Watts, 2000年; Maman 他, 2000年)。さらに、暴力の恐怖は——パートナーからばかりでなく広く地域共同体からの——多くの

の1は身体的・性的に、もしくはいずれかの形で、自分のパートナーから暴行を受けたと語っている(WHO, 2005年刊行予定)。家庭内暴力を防ぐ法律が全くないか、不十分に施行されている国では、女性が法的な保護を頼みにできないことが多い。

調査により、最も身近にいるはずのパートナーの暴力とHIV感染症が増加する可能性との間の強力な相関関係が明らかになった(Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999年)。ルワンダのキルガリにおける長期間にわたる男女関係にある女性たちの研究においては、HIV陽性の女性たちがHIVに感染していない女性に比べて男性パートナーからの性的・身体的暴力を経験していることが示された(Van der Straten 他., 1998年)。タンザニア都市部においては、29歳以下の若い女性の間では、HIV陽性の女性たちはHIV陰性の女性(30歳以上の女性ではHIV陽性であるか否かは暴力の有無に関係していなかったけれど)にくらべて性的・身体的な暴力を多く経験していると考えられている(Mman 他, 2002年)。南ア共和国のソウェトの産婦人科診療所では、パートナーから身体的な暴力を受けている女性はそうでない女性に比べHIV感染が多いことがわかっている。

HIV感染予防活動を成功させたいなら、女性、そして少女たちに対する暴力に立ち向かうとともに、それを減らす努力を同時に行う必要がある。女性や少女に対する暴力は、決して個人的

*女性に対する暴力とは、性的暴力(強姦やセックスの強要)、物理的暴力、感情的虐待(例えば、女性が家族や友人に会うことを禁じること)、過小評価、陵辱または威嚇、経済的制限(女性が働くことを妨げたり、女性の収入を押収したりというような)を含む行動を意味している。

な問題として片付けられるものではなく、家族や共同体、国家に対する重大な経済的・社会的影響を伴う基本的人権の侵害である。そのような暴力に対する法律が作成され採用されなければならないし、法の執行制度も適合されなければならない。法の実行を確実なものにするために当該職員たちを訓練する必要もある。

阻害された教育とヘルス・ケア

男女関係において女性が経験している力の不均衡は、女性の自主性と機会を制限している社会全体における不平等を反映している。ほとんどのアフリカやアジアの国々は、植民地主義の終焉とともに（特に少女に対する）教育の機会の拡大において、大きく前進した。そのような進歩にもかかわらず、少年と少女の就学率は大きな差が多く地域で、特にアジアで、残っている。悪化する貧困、支払不能な高い教育費などの要因とともにエイズは、感染拡大が最も深刻な国々において、進歩がもたらした成果を脅かしている。

教育の機会の減少傾向は、それ自体不安な問題だが、それは感染拡大が深刻化することも意味している。教育こそが HIV の拡大を防ぐ鍵なのだ。例えばザンビアの研究では、より良い教育を受けた人々の間では、比較的に HIV 感染率が低いことがわかった(UNICEF, 2003 年 b)。またケニアの研究では、エイズに対する高い理解・知識、高いコンドーム使用率、およびパートナー間の HIV 予防についてのより良好なコミュニケーションと、教育程度が高いことに関係があるという。

禁欲かセーフセックスかの選択は、レイプや性的暴力にさらされている世界中の多くの女性たちにとっては、選択肢などではない。

しかしながら、教育と HIV の関係は複雑ではある。ブルキナファソでは、妊娠中の女性の HIV 陽性率は、小学校にしか通わなかった女性および中学校を中退した女性の間で最も高かった（それぞれ 2.9%、2.6%）。中学校を卒業した女性（1.6%）、または、全く学校に行かなかった女性（1.9%）で陽性率が低かった (Ministere de la Sante, Burukina Faso, 2003 年)。ガーナでは、初等教育だけの妊婦の HIV 陽性率（2.8%）は、正式な学校教育を受けていない女性（1.5%）に比べおよそ 2 倍、中学校を卒業した女性（2.1%）たちに比べ 1.5 倍だった(Ghana, 統計サービス他, 2003 年)。また、

最新のナイジェリアの HIV サーベイランスでは、妊娠している女性の中で HIV 感染率は、初等教育を受けた者で(5.6%)最も高く、高等教育を受けた者と正式な教育を受けたことのない者で(それぞれ 4%と 3.8%)低いことがわかった（ナイジェリア連邦保健省、2003 年）。正式な教育を受けていないことと低い HIV 感染率の関係は、地理的要因および他の要因に関係している可能性がある。しかしながら、中等学校を卒業することが女性の社会的地位、雇用機会、経済的自主性を向上させ、HIV 感染リスクを減少させることは明らかである。

中等教育は少女たちのために感染を防ぐ要因に違いないが、その一方で、学校に行くことが少女をリスクにさらすかもしれないという悲しい現実があまりにも多くの場所にある。ジンバブエの研究から、少女たちが男子生徒と男性教師の双方からの、セクシャルハラスメントと性的暴力に直面していることがわかった。ボツワナ、南ア共和国、スワジランド、ザンビアなどの他の研究でも、同じような状況があることが報告されている（人権監視、2002 年）。

（少年と少女が平等に）教育を受ける機会は広げられなければならない。授業料の撤廃は、誰もが教育を受けるために、少なくとも障害の一つを取り除くことになる。少女の中等学校卒業を可能にするための施策は特に重要である。中等教育は少女たちがより高い経済的自立を達成するのに必要な技術と機会を向上させ、HIV 感染リスクを著しく低減することが示されているからだ。多くの国々での経験から、教育助成が少女の教育の機会を増やし、少女自身およびその家族に対して様々な利益を与えていること

が確認されている。教育助成は他の目的の直接的な助成金に比べ追跡しやすい。学校が少女たちに対して安全な環境を提供することを保証するために様々な方法がとられなければならない。初等、中等学校のカリキュラムで、性教育、リプロダクティブヘルス教育と同様に本来のライフスキルを充実させるためには、一致協力しての努力が必要である。また教員に対する教育を改善することにより、これらの問題を効果的に教えられようしなければならない。

予防も治療も選択肢は多くない

女性は男性に比べ、HIVに感染した相手との予防をしないセックス一回での感染確率をはるかに高いと考えられている。しかし、女性がセックスをするかどうか、そのセックスが安全なものであるかどうかは、相手の男性の意志と行動にかかっていることが多い。残念ながら女性自身が主導できる予防法でいつでもどこでも利用できるものはない。女性用コンドームを使う女性は増えてきているものの、それでもまだ、彼女たちはそれを使うための話し合いと相手の協力が必要である。また、男性用コンドームより値段がかなり高く、使いたい女性は増えているにもかかわらず、どこでも手に入るものではなく、社会的にも受け入れられていない。殺ウイルス剤は抗 HIV 効果を持つジェル、クリーム、座薬、リングなど形状も様々で、女性自身が予防をコントロールするのに大きな力をもたらす。いくつかの国で現在臨床試験が進行中である。殺ウイルス剤（囲み記事参照）は女性たちが自分のリプロダクティブヘルス（性と生殖に関する健康）に主体的に関わることができるようにする（同時に根底にある不平等への取り組みは継続されなければならない）。

HIVに感染した子供たちの大部分は、妊娠・分娩期の母親からか、母乳によって感染したものである。サハラ以南のアフリカでは、2004年末にはこの地域における感染者の約8%に当たる、およそ190万人（170万—230万人）の子供（14歳以下を指す）がHIVに感染している（UNAIDS, 2004年）。女性たちが最初に感染していなければ、そして感染していたとしてもHIV検査を受けることができ、抗 HIV 薬の予防投与が利用できていたら、これらの感染の多くは避けられたにちがいない。もっとも、あ

まりにも多くの場所では、妊娠以外で HIV 感染の有無を知ることができる、自発的カウセリング・検査サービスがまだない。そして、最近になってやっと HIV 感染の影響が深刻な国でわずか1%の妊娠中の女性が母子感染を防ぐことを目的としたサービスを提供されているだけである。そのようなプログラムは、感染拡大が深刻な国々（特にサハラ以南のアフリカなど）の多くで進行中だが、プログラムのほとんどは継続治療が必要な母親に対する抗 HIV 療法の提供を含んでいない。

世界的に見て、エイズ治療や介護が主に民間部門において提供されている場合や、治験の場合などは、男性の方が治療・介護へのアクセスが良好な傾向がある。これもまた、男性が享受するその他多くの優位さを示すものである。サハラ以南のアフリカでは、2004年6月現在、治療を提供されていたのは男女合わせて約15万人であり、悲惨なほど低い状態である（WHO, 2004）。自発的カウセリング・検査を受けることは、妊娠・出産にかかわるサービスを受けない少女や女性にとって、男性（一般的に女性ほど公的な保健施設を利用しない）にとっと同様に、いまだに大きな挑戦なのだ。治療プログラムが地球全体に広がるにつれ、多くの女性が自分の感染の有無を知る機会と治療を受ける機会を失うのではないかというもっともな心配が出てきた。なぜならば、自分が HIV 陽性であることがわかった場合、パートナーがそのことに気づくことを、女性が怖れているからだ。

女性が治療や介護を受けるのを阻む障害要因が明確にされ、そして克服されねばならない。その答えの一部は、妊娠・出産に関する健康サービスを強化し、紹介システムの整備を通じて女性の治療と介護へのアクセスのための入口を

女性用殺ウイルス剤の開発と提供

殺ウイルス剤は女性が自分でコントロールできる予防用品として有望である。コンピュータによる数理的モデルは60%の効果がある殺ウイルス剤でもかなりの効果がある可能性を示している。そのような製品が73の所得の低い国でわずか20%の女性が使用するだけでも、3年間で成人（男性、女性を含む）と子ども250万人が新しく感染することを避けられる。第一世代の殺ウイルス剤は5—7年以内に市場に出る見通しが持たれている。しかし、それが実現するためには、殺ウイルス剤の研究・開発への投資が迅速かつ劇的に増強されることが必要であり、新しいメカニズムを持つ非常に効果的で、安価な殺ウイルス剤が発生事例の多い地域で治験される必要がある。現在、民間部門による殺ウイルス剤への投資は十分とは言えない。2020年までに18億USドルのヒット商品となる潜在市場があるにもかかわらず、（Access Working Group, 2002年）。もっとも有望な殺ウイルス剤の治験が遅れることなく進み、ヒット商品の効率的流通に向けた基礎作りが今なされることを確実にするためには、大幅な資本の増加が必要である。

作る、といった方法であろう。性感染症の治療サービスを家族計画施設と統合することによって女性たちが抱く、社会から非難されるのではないかという恐怖は減少し、彼女たちのサービス利用も増えていくものと考えられる。HIVに関する偏見を減らしていく広範な努力も必要であろう。また、18歳未満の少女たちが、保護者の同意がない、身分確認ができないなどの理由で、自発的カウンセリング・検査を受けることを妨げないことを確実にする方法を確立することも必要である。新薬療法の臨床試験への女性のより多くの参加もまた必要である。

り、技能を習得したりする機会は費えてしまう。南ア共和国では、影響を受ける家庭の40%以上で、中心になる介護者はエイズ患者の介護のために仕事や学校の時間を取られてしまっていることが報告されている。女性たちが他の生産的仕事ができなくなった場合、家族全員が影響を受けることになる。南ア共和国における調査対象となった家庭の多くはエイズが登場する以前からすでに貧しかった（一部の家庭は非常に貧しかった）。エイズ問題はこうした状況をさらに増幅させた。エイズ関連の病気に対処しなければならなくなった結果として家計収入は平均3

エイズによる死亡者が増えるにつれて、現在では10年前以上に 祖母が孤児の養育を行っている

重くなる介護の負担

エイズは家庭内の労働と負担の不平等を強調し、また悪化させる。すでに、アフリカ南部は大陸中で女性世帯主の割合が最も高い——西部及び中央アフリカの18%、東部アフリカの21%に対し、南部は子供がいる家庭のおよそ34%が女性世帯主である（UNICEF and UNAIDS, 2003年）。エイズ介護のほとんどは家庭内で行われるので（サハラ以南のアフリカではエイズ介護の約90%は在宅で行われている）、女性の肩に非常に重い負担がかかっている（Ogden and Esim, 2003年）。

一般に、女性と少女は在宅介護の多くを行っている（例えばベトナムでは、HIVに感染した人の介護者の75%を女性が占めている）上に、彼女らは孤児を引き受け、作物を作り、家計を支えるために他の形態の収入を求めらるのである（Ogden and Esim, 2003）。南ア共和国における3つの州での調査では、エイズの影響を受けている家庭の4分の3は女性が世帯主であり、自分自身もエイズ関連の病気と闘っている女性が支えている場合が非常に多かった（Steinberg et al., 2002年）。貧困と社会福祉の欠如がエイズと結びついて、女性の介護の重荷を、手に負えない社会・保健・経済上の危機へと変貌させてしまった。

女性たちは目の苦難・苦痛以上の代償を支払うことになる。彼女たちの時間と体力は介護の重労働によって奪われ、自分の勉強を続けたり、所得獲得手段により経済的自立を達成した

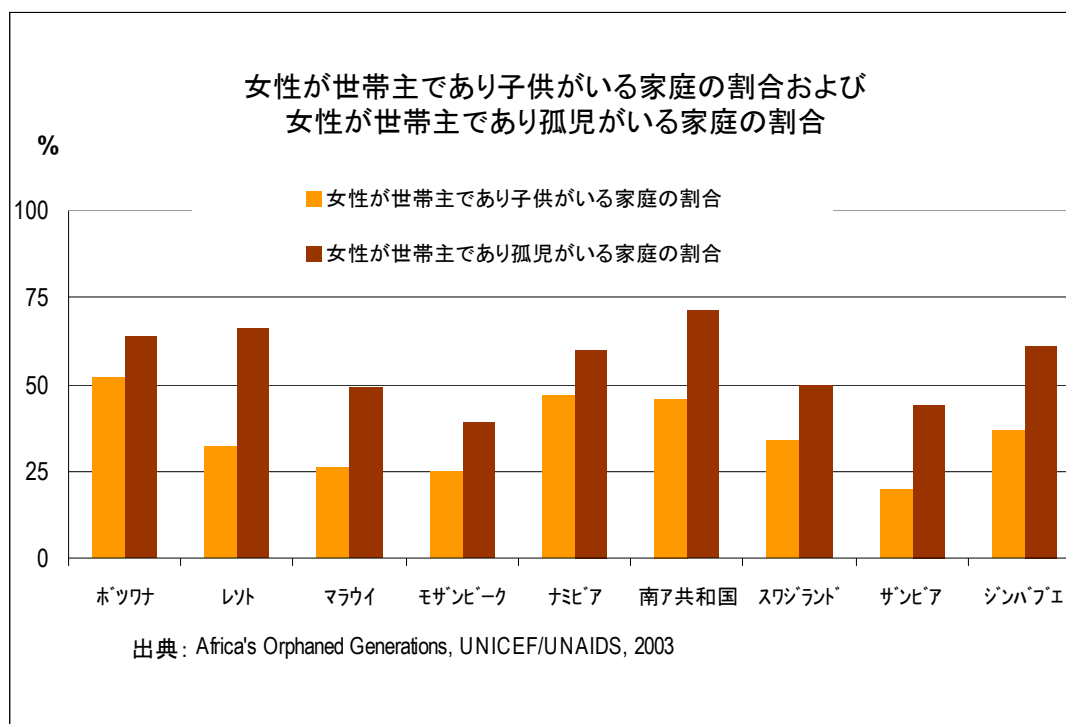
分の2減少したことが報告されている（Steinberg 他, 2002年）。タンザニアにおける研究は、夫が重病である場合、女性が農作業に割ける時間は最大50%少なくなることを示している（Rugalema, 1999年）。さらに、土地・ローン・知識・技能・トレーニング・技術のような生産資源へのアクセスは性別により決められており、女性は通常差別されている。

家庭の中心となっている成人女性の死亡はしばしば家庭崩壊につながる。マニカランド（ジンバブエ）では調査対象世帯の3分の2がこうした家庭崩壊を経験していた（Mutangadura, 2000年）。女性の死によって起こる問題の多くが子供たちを育てるために乗り出した他の女性（通常年老いた祖母）に肩代わりされることがいくつかの研究でわかっている（Steinberg 他, 2002年; UNICEF and UNAIDS, 2003年）。

図5に示すように、多くの国で、女性世帯主の家庭（祖母が家計を支えているものも含む）は男性世帯主の家庭に比べ数多い孤児を育てている傾向があるようだ。エイズによる死亡者が増えたため、現在では10年前より多くの祖母が孤児の世話をしている。例えば、大まかにみて、ボツワナの祖母たちは両親のどちらかを失った子供の半分を養育している（UNICEF and Ministry of Local Government Botswana, 2003年）。

流行が最も深刻なほとんどの国の社会福祉制度はこうした問題を解決するにはあまりにも貧弱である。結果として貧しい家庭（特にその中

図 5



の少女と女性) は、感染拡大の打撃の矛先から守ってくれるはずである外部のサポートにアクセスする可能性がほとんどない。家族や地域共同体、政府は持続的なセーフティ・ネットを提供するためには、女性の我慢強さと回復力だけに頼ってはいけぬ。病人の世話にせよ、農耕にせよ、賃金を稼ぐにせよ、ボランティアワークにせよ、女性の労働は家庭にとっても国家経済にとっても不可欠なものである。エイズによってもたらされた負担の増大は、女性やその家庭ばかりではなく社会全体の経済にも大きなコストを課した。そして、それらの負担は軽減されなければならない。エイズの在宅介護プログラムには医療・看護ケアを超えた、家庭を援助するカウンセリング、食糧援助、福祉支援、学校教育補助金、そして収入機会の提供を含む広がりが必要だ。さらに、高齢者と彼女等が養育する孤児たちに対する社会的保護と経済的支援も必要である。年金や児童手当へアクセスするための行政手続もより円滑に行わなければならない。それは、しばしば家族全員を支えることになるのである。(HelpAge International, 2004年)。

女性の相続権と財産権の否定

HIV に対する女性が持つリスクの大きさは、不平等な財産権と相続権によって一層増大させられている。これらの権利を巡る状況は世界中で様々である。開発途上国の中で、ラテンアメリカ諸国の多くは、いくつかの農地改革と戦後の再入植政策は性差別的ではあるが、相続の基準は比較的男女平等である。女性の権利拡大のための努力にもかかわらず、南アジアでは不動産やその他の資産の支配については、性別による著しい不平等が根強く残っている。サハラ以南のアフリカの大部分では、財産は通常男性によって所有されており、女性は時折、主に婚姻によって権利を得ることができている場合がある。アフリカ諸国では、古い植民地法、独立後に制定された法律、現実に使われている慣習法(場所によってはイスラム法)などの複数の法制度が重なり合い、取り入れられている。そして、植民地時代のアフリカ南部地域では、慣習法の解釈の変更は、しばしば、法律が女性の権利を狭めるように解釈されることを意味した。その上、植民地支配者たちは、伝統的な財産分配における私有財産の概念および厳格な家父長制度

の概念を適用したのであった。これらの結果、男性は一族のためにという名目で財産を管理・相続できる原理が形成されてきた。男性は財産に付随する義務を負うことなしに、財産権を主張できるということだ（南部アフリカの女性と法研究財団、1998年）。

結婚する時の持参金の支払いは、女性と財産に対する男性の管理を厳しくした。国によっては女性は結婚してからでも法的には未成年者と同じ扱いである（Human Rights Watch, 2003年 a）。その結果、女性の財産権を承認あるいは保護することがない現状が生じた。それは女性の経済的安定を減少させ、場合によっては、女性たちは隷属的な関係に耐えなければならないか、あるいは、経済的生き残りのためにセックスに頼らなければならない。国によっては夫がエイズで死亡した場合、妻は夫の親族によって財産を奪われることになり、女性たちはより深刻な経済的に不安定な状態に追い落とされることになる（Human rights Watch, 2003年 a; Drimie, 2003年）。

土地や財産を所有または相続できる行使可能な権利がないことで、女性や少女たちは夫や両親の死後貧困に突き落とされるかもしれない危険があり、また貧困と経済的依存のため、女性たちは性的搾取や暴力に一層さらされる状態に置かれる（Strickland, 2004年）。ナミビアにおけるFAO（国連食料農業機関）の研究によると、夫の死後夫の親族との争いで、妻の44%が畜牛を、28%は小型の家畜を、42%は農機具を奪われたことがわかった（Kaori, 2004）。国によっては残された妻を保護する法律があるにもかかわらず、現実にはほとんどの女性が償還請求もできずに置き去りにされている。杓子定規で無関心な官僚、女性自身の権利意識の欠如、暴力への恐怖、さらに、所有権を主張することに対する社会的偏見があるので、多くの女性は泣き寝入りをして財産請求ができないのである（Human Rights Watch, 2003年 a and 2003年 b）。

法制度は女性の財産権と相続権を確立して承認させるよう改定されなければならないし、試験的なケースを通して法的先例が確立される必要がある。これは家庭におけるエイズの経済的影響をやわらげる助けになるかもしれない。加えて女性の経済的自立を向上させることにより、パートナーからの暴力、離れた世代間や代償と

してのセックス、そして他の HIV に関係するリスク要因に対する女性の脆弱性を減少させることができる。しかし、立法措置だけでは十分ではない。これらの問題に対する一般の人々の意識を高めなければならない。女性の土地所有権・居住権・保有権などは、特に HIV 陽性率の高い地域では、書面で保障されなければならない。従来の官憲や指導者が、これらの努力のパートナーになることが極めて重要である。なぜならば、彼らが女性の権利を支持するように慣習法を解釈し適用する権限を持っているからに他ならない。

大きな目的の実現

エイズ流行拡大における社会構造上の力学関係——特に HIV の感染拡大を助長する可能性がある広範囲にわたる性別に基づく不平等——に取り組む必要がある。その第一歩として、問題をより深く理解することが必要だ。各国の疫学データは、性別を考慮して確実に再構成・解釈されるべきである。これによって、性的役割関係が流行においてどのような役割を果たしているのかを一層明確に分析できる。そしてエイズが女性・少女に強いている、あるいは、男性・少年に強いている多様な負担を浮き彫りにすることができる。これは、より効果的なエイズ・プログラムの作成にとって非常に重要な情報である。

同様に重要なことは、女性のためのプログラムであるのだから、立案・主導の段階から女性の参加を一層促進することだ。特に HIV とともに生きる女性に対してあてはまることだ。女性感染者は流行への対応を強化する際に、比類のない貢献ができるからだ。さらに、頑強な市民社会団体（特に女性や若者のグループ）を育成することにより、エイズ・プログラムの到達範囲・説明責任・有効性を改良することができる。

これらの全ての活動において、男性・少年はより大きな役割を果たさなければならない。男性が、現在女性が生きている世界の大部分を、作り上げている。そうであるから、社会変革において女性と男性はパートナーであらねばならない。女性を対象にしたプログラムは、男性をパートナーとして取り込むようにすべきだ。そうすることで、女性に対して支援的な社会構

造を育てる一助となる。在宅介護や他の支援プログラムに参加することによって男性は、自分の住む地域社会や社会全体の健康と福祉に対する責務について心を留めるようになるかもしれない。男性や少年は、型にはまった一般的な「男らしさ」（その「男らしさ」は有害でもある）に挑戦して作り直すこと、女性に対する暴力の惨禍と闘うこと、さらに、HIV 予防における責務（特に親密な関係において）を果たすことを期待されており、またそうするための絶好の位置にいる。

これらはすべて非常に大きな挑戦目標である。暫定的な当座の危機を回避する努力では、一時的な改善はあるかもしれない。しかしながら、

HIV が感染拡大する状況を放置したままでは、長期的にはその努力は不十分であったと判明するだろう。これはなにも、一旦男女平等が達成されれば、HIV 流行が消滅すると言っているわけではない。不平等を是正するための最前線における進歩は、全世界を席卷しているエイズ流行の規模、深刻さの程度、流行の期間を減少させる助けになるということを意味しているのである。

女性とエイズに関する世界連合

女性とエイズに関する世界連合は、女性と少女に対するエイズの影響に光を当て、その衝撃を減少させるのに有効な行動を促進するべく 2004 年はじめ UNAIDS によってスタートした。女性とエイズに関する世界連合は新しい機関ではなく、様々な個人・ネットワーク・機関が参加している運動である。その運動は、活動家、指導者、政府代表、コミュニティ・ワーカーおよび著名人によって支持されている。活動の中心は次の 7 つの分野である。

- ・少女・若年女性の間 HIV 感染を減らすこと。
- ・女性に対する暴力を減らすこと。
- ・女性と少女の財産権・相続権を守ること。
- ・女性と少女のためのケアと治療への平等なアクセスを確実にすること。
- ・女性と少女に焦点を当てた改善された地域密着型ケアを支援すること。
- ・女性用コンドーム、殺ウイルス剤など新しい予防ツールへのアクセスを促進すること。
- ・現在行われている、全ての少女へ教育を提供するための努力を支援すること。

さらに情報を得たい場合は UNAIDS に連絡するか、以下のホームページにアクセスしてください。

<http://womenandaids.unaids.org/>

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。

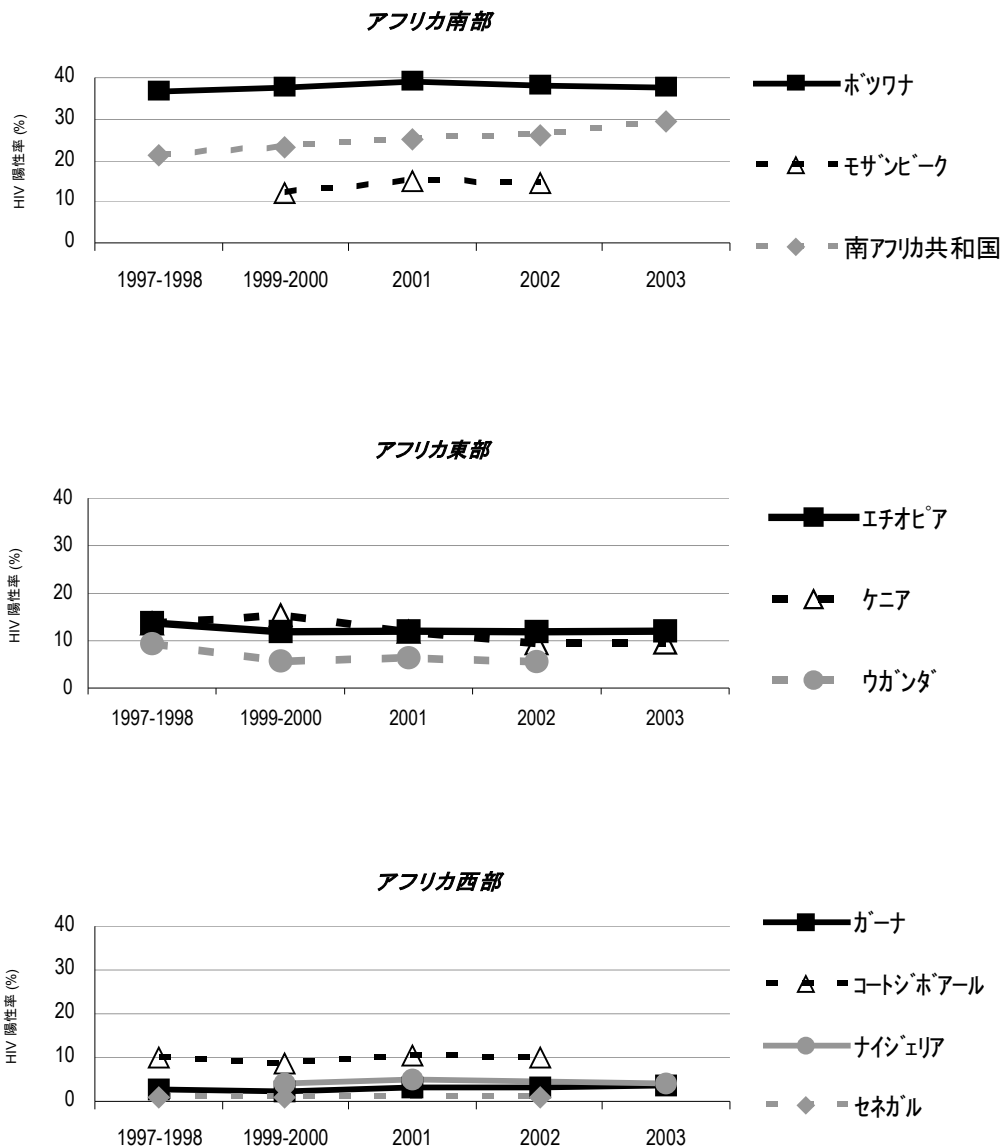
流行はひとつではなく多数存在する

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



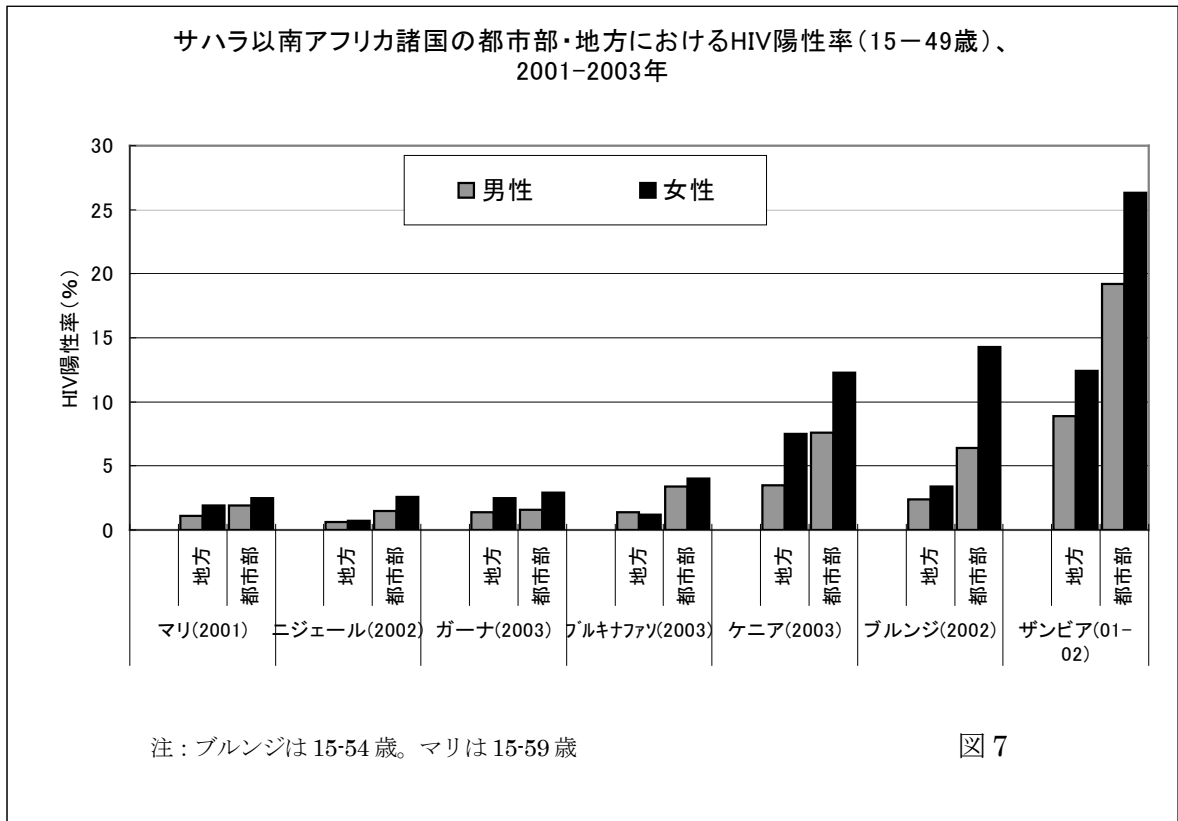
出典: Adapted from Asamoah-Odei, et al., HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional difference. Lancet 2004 Vol 364. Data from consistently reporting antenatal clinics.

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

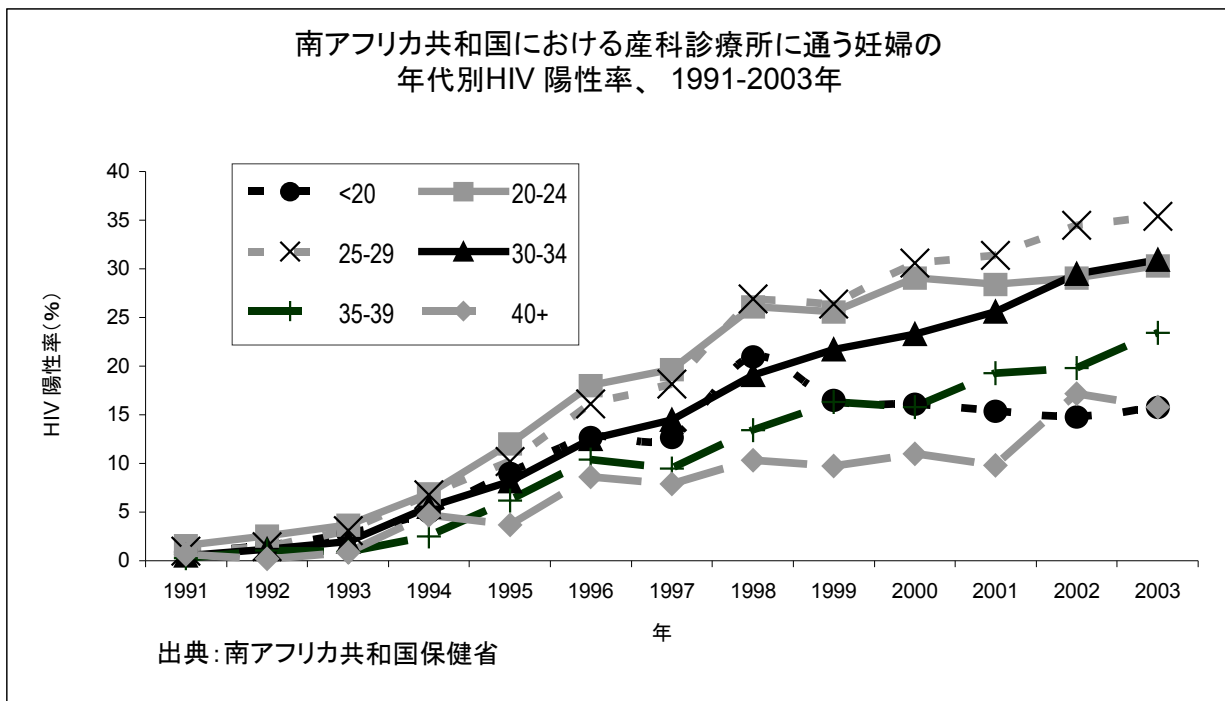
アフリカ南部は現在でも、最も HIV の流行が深刻な地域である。都市部の産科診療所のデータによれば、HIV 陽性率は25%を超えており、1990年の5%からいまだに増加し続けている。

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

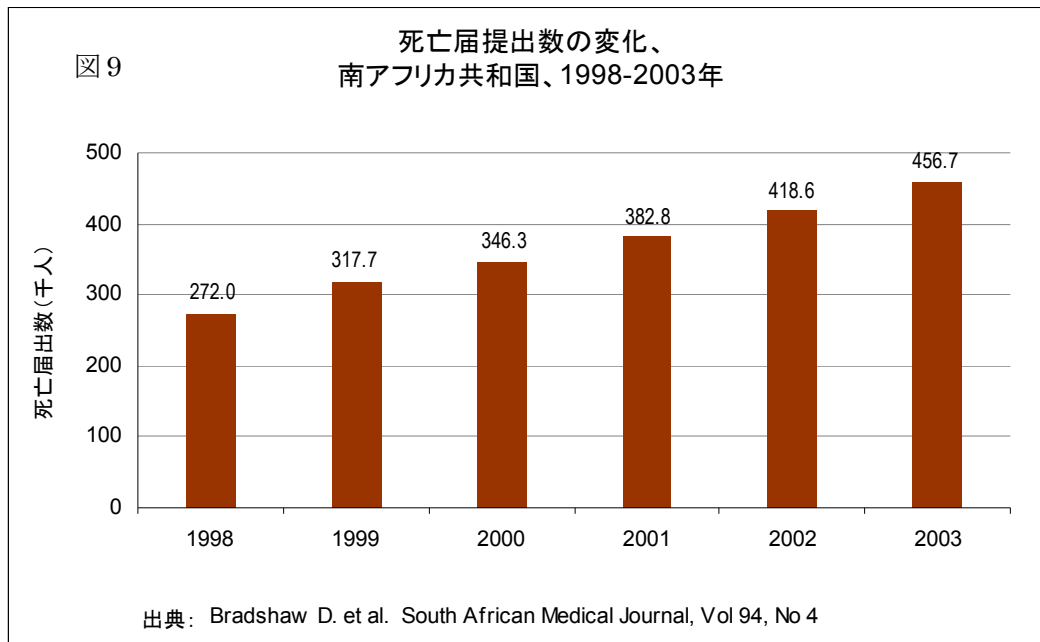
れ、交通網は寸断され、国の一部は断続的に外部から遮断された状態になった。得られたデータによれば、このような状況がHIVの広がりを減速させたと見られる。首都ルアンダの産科診療所で得られたHIV陽性率(中央値)は約3%だった (他の地域での動向調査システムは現在整備中)。しかし、首都のセックスワーカーのHIV陽性率はほぼ33%と高く、HIV感染のリスクの高いネットワークのなかで感染が広がる兆候がみられる。ここ2年間、アンゴラで暮らす数百万の人々は比較的平和な通常の生活を営んでいるが、HIV感染が急速に広がるのではないかと危惧されている。

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歳ということを見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

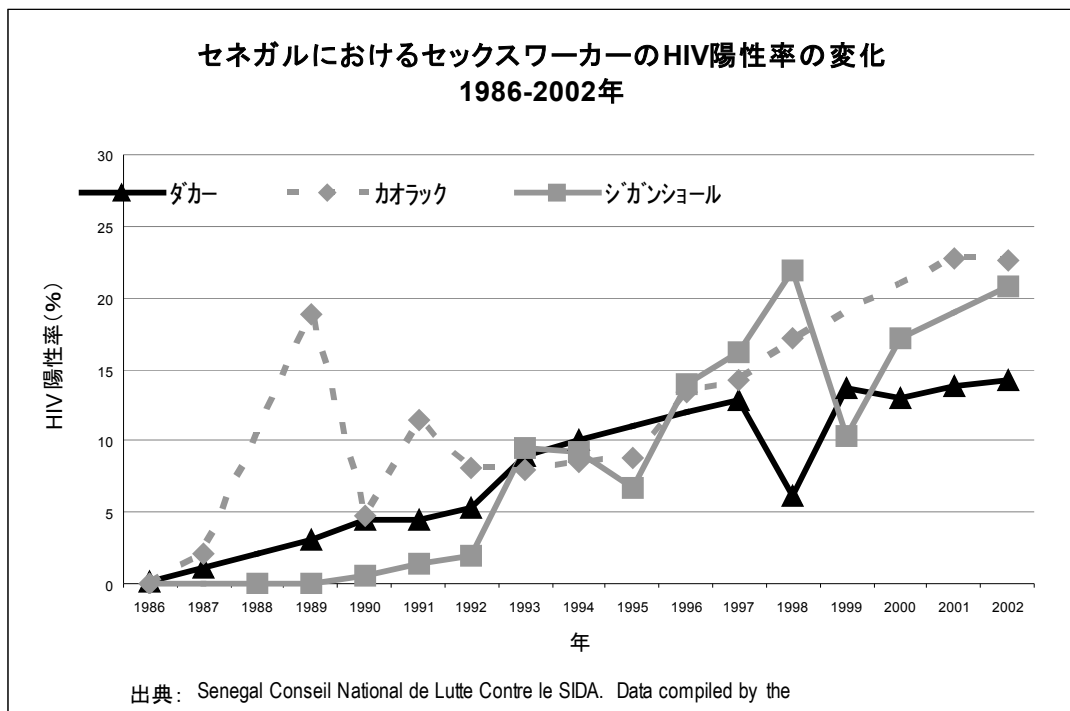
年代半ばに小規模な HIV 予防プログラムが始められたが、その効果はほとんど見られない。最近、発表されたある調査によれば、HIV 陽性率は 1994 - 1995 年には 5.9%、1996 - 1997 年には 6.6%、1999 - 2000 年には 8.1%と徐々に上昇していることがわかった。コンドームの使用や HIV の流行に関する知識は少しずつ増えてきているものの、性的に危険な行動には変化がなく、ほとんどの人々は自分が HIV 感染のリスクにさらされていることを認識していない (Mwaluko など、2003)。コストをかけず、地方レベルやコミュニティレベルだけで、一般的な予防プログ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



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。

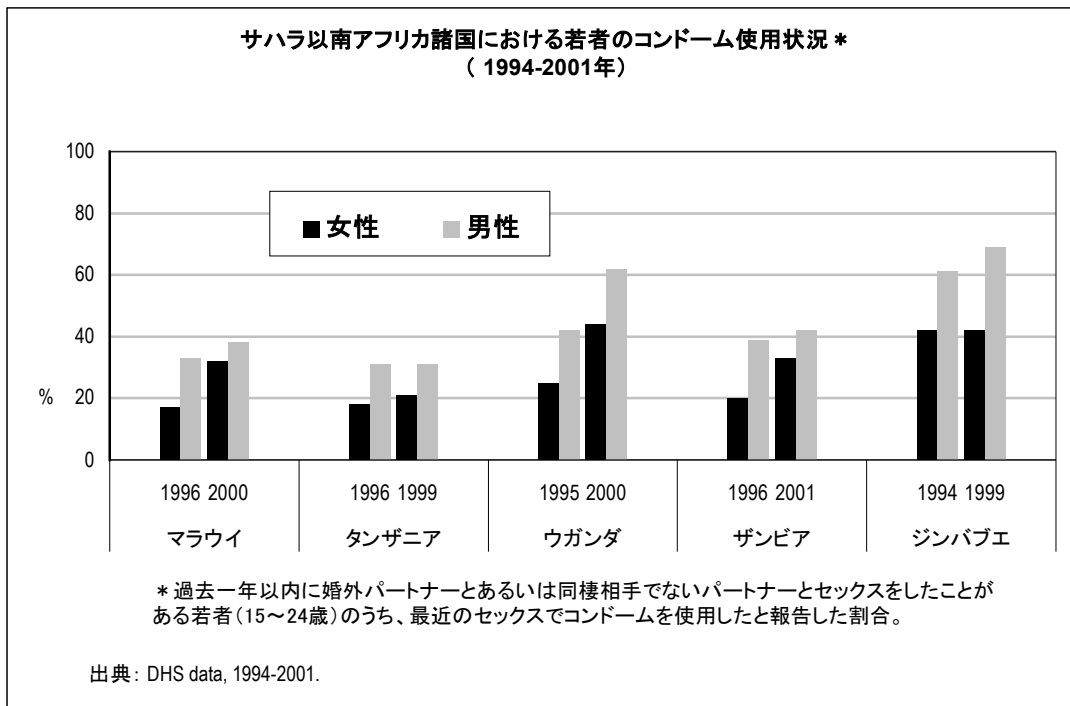


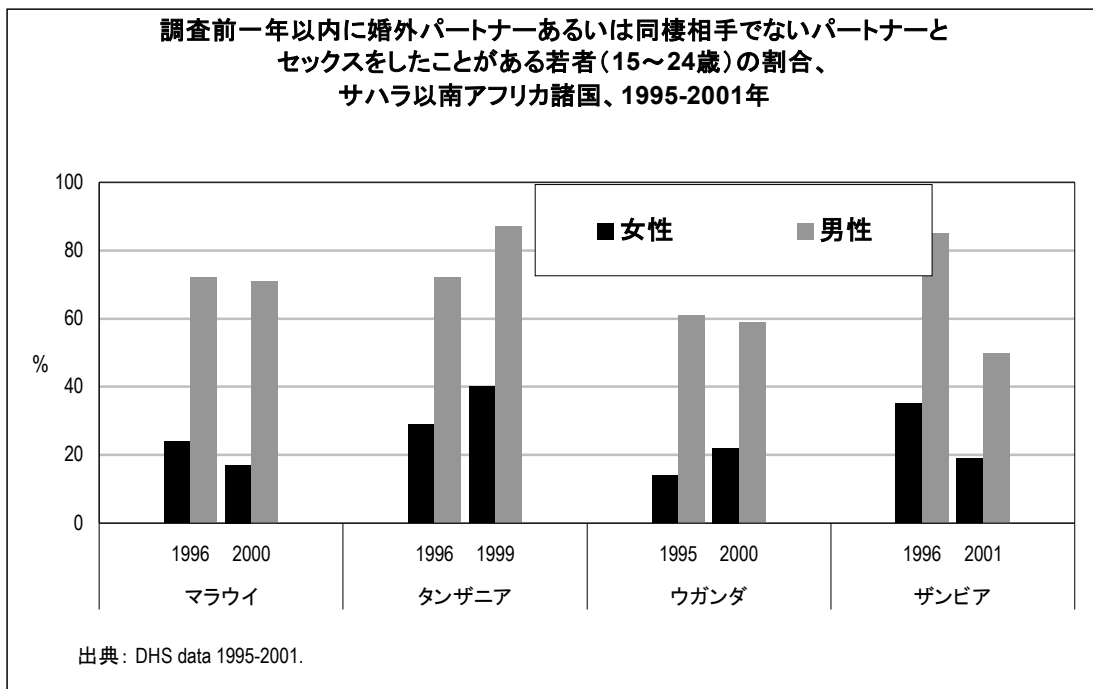
図 11

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ナンでは、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)。

カリブ海沿岸諸国

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	44 万 [27-78 万]	21 万 [12-38 万]	53 000 [27 000-140 000]	2.3 [1.5-4.1]	36 000 [24 000-61 000]
2002 年	42 万 [26-74 万]	19 万 [11-36 万]	52 000 [26 000-140 000]	2.3 [1.4-4.0]	33 000 [22 000-57 000]

カリブ海沿岸諸国は、世界で 2 番目に深刻な影響を受けている地域である。
エイズは成人(15~44 歳)の死亡原因のトップとなっている。

カリブ海沿岸諸国では 44 万人 (27 万~78 万) の人々が HIV と共に生きており、2004 年の新規感染者は 5 万 3,000 人 (2 万 7,000 人~14 万人) に達する。また同年、エイズで死亡した人々の数は 3 万 6000 人 (2 万 4,000 人~6 万 1,000 人) と推測される。15 歳~24 歳までの若者の間では、女性の 3.1% (1.6~8.3%)、男性の 1.7% (0.9~4.6%) が 2004 年末時点で HIV と共に生きていた。またカリブ共同体(カリコム※)地域では、37 万人 (21 万~71 万) の人々が HIV と共に生きており、この中には、2004 年度の新規感染者 4 万 8,000 人 (2 万 2,000 人~14 万人) も含まれる。昨年度のエイズによる死亡者数は、2 万 9,000 人 (1 万 7,000 人~5 万 4,000 人) に達する。

成人の HIV 陽性率が平均 2.3% に達するカリブ海沿岸諸国は、世界で 2 番目にエイズの影響が深刻な地域である。バハマ、ベリーズ、ガイアナ、ハイチ、トリニダード・トバゴの 5 カ国では、国家レベルの陽性率が 2% を越えている。また南北アメリカ全域においても、女性の HIV 感染率が最も高いのがカリブ海沿岸諸国であり、同地域では 15~44 歳の成人の死亡原因のトップがエイズとなっている (カリブ疫学センター、PAHO、WHO、2004 年)。また 2010 年の出生時平均余命は、エイズがない場合に比べて、ハイチで 10 年、トリニダード・トバ

ゴで 9 年短くなると予測されている (図 13 を参照) (Stanecki、2004 年)。特に観光業が主要産業であるバハマ、バルバドス、バミューダ、ドミニカ共和国、ジャマイカおよびトリニダード・トバゴなどの国々および領域がこの地域で最も深刻な流行を抱えている。さらに、同地域のほとんどの国々では、流行を追跡調査する能力が限られており、直面している現実と必ずしも一致しないデータやシステムに依存せざるをえない状況である。

ラテンアメリカとは異なり、カリブ海沿岸諸国における HIV 感染は、そのほとんどが異性間の性交渉に起因する (今日までエイズ報告件数の約 3 分の 2 がこの感染形態に由来する)。しかし、一方で男性間のセックスも、これを違法とする国があるほど非常に強い偏見の対象となっており、流行の重要な一局面であることには変わりないが、依然として軽視されている (Camara、2004 年)。IDU (注射器による薬物使用) による HIV 感染はまれではあるが、エイズ報告件数の相当部分 (43%) がこの形態による感染であるバミューダ、および 2002 年における全感染件数の半分以上が IDU に由来し、4 分の 1 が異性間感染であるプエルトリコは例外である (カリブ疫学センター 2003 年; UNAIDS、2004 年)。この地域で流行が広がるにつれて、女性の感染者が増加し、女

※カリコム加盟国：アンティグア・バーブーダ、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ドミニカ、グレナダ、ガイアナ、ハイチ、ジャマイカ、モンセラート、セントルシア、セント・クリストファー・ネイビス、セントビンセント、グレナディーンズ、スリナム、トリニダード・トバゴ

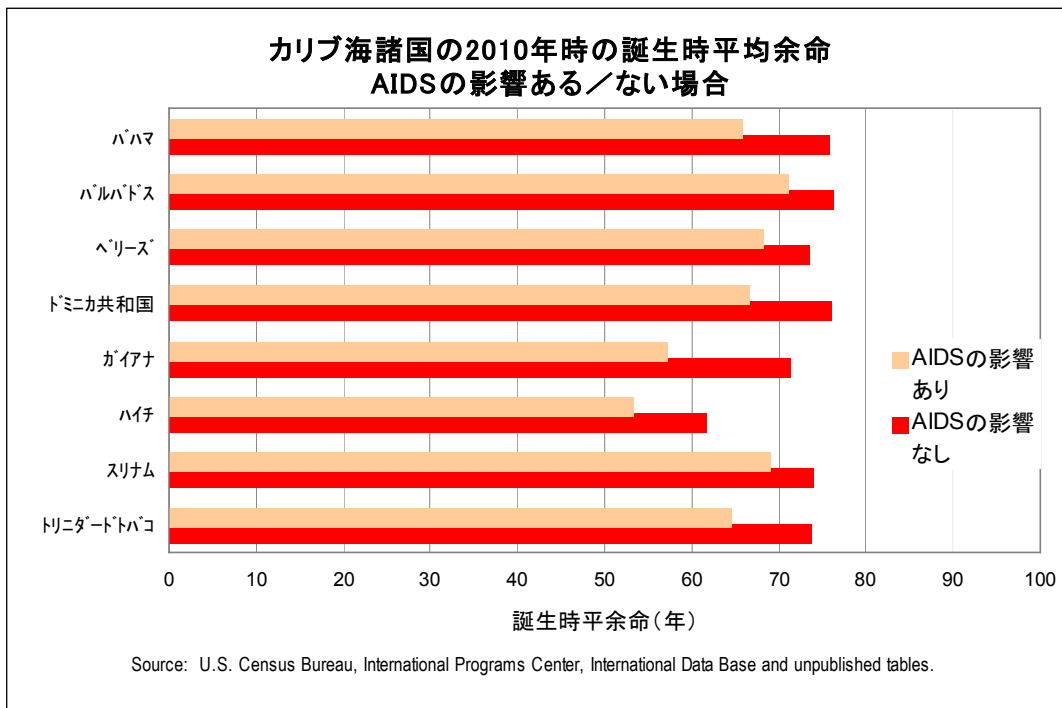


図 10

性の新規 HIV 感染者数は、男性感染者数を上回っている。最近の推定では、この地域で HIV と共に生きる男性と女性の割合はほぼ同数だと考えられている。また 2002 年に実施された人口ベースの調査では、ドミニカ共和国の 24 歳以下の女性は、同年代の男性と比較して HIV に感染している確率が約 2 倍に達するという結果が出ている (MAP、2003 年)。ジャマイカでは、同年齢グループ (10~19 歳) の女性の感染割合が男性の 2.5 倍に達しているが、その理由については、HIV に感染している確率が高い年上の男性と性的関係をもつ少女がいることが一因ではないかと考えられており、この傾向は、その他複数の国でもみられる。

ハイチは、カリブ海沿岸諸国で HIV と共に生きる人々の数が最も多く、その数は、2003 年末で 28 万人 (12~60 万人) に達する (UNAIDS、2004 年)。しかし最新の標識サーベイランス (動向調査) は、HIV 陽性率の低下を示している。最近のデータでは、産科診療所を利用する女性 (15~49 歳) の HIV 陽性率 (中央値) が、1996 年の 4.5% から、2003-2004 年の 2.8% に低下したという

報告もある (公衆衛生省その他の調査結果、2004 年)。また 15~24 歳の妊婦の HIV 陽性率も 3.6% から 2.8% に、全年齢層の妊婦の陽性率と同程度にまで低下したと考えられている。最も若い層の陽性率の低下は、通常は感染率の全体的な低下を示していると思われるが、より年齢が高い層で、陽性率が同程度低下している理由は、簡単には説明できない。ハイチでは、2003-2004 年において援助国からの支援が増大したので、HIV 動向調査データの質が向上した。その結果、最新情報を以前の動向調査で得られた情報と比較するのが難しくなっているという側面も考えられる。いずれにせよ、陽性率データと行動データの趨勢を組み合わせた一層の調査が、ハイチで観察されている HIV 陽性率低下の理由を検証するには必要である。

妊婦を対象にした最新の HIV 動向調査では、ハイチの HIV 陽性率に、地域によって 1.8% から約 7% までのばらつきが生じていることが明らかになっている。貧しく、教育レベルも低い女性は、より豊かな女性と比較して HIV に感染する確率は高い。最

近の行動に関する動向調査によると、ハイチでは非常に高い割合の国民が、特に若年層（調査対象の60%が24歳以下）の国民が、性的に活発であり、無防備なセックスをしていることが示されている。2001年の調査では、若い女性の約半数（そして男性の半数以上）が、18歳の誕生日を迎える前に性行動を開始し、ハイティーン（15～19歳）の都市部の女性の18%に少なくとも1回の妊娠経験があることが明らかになった。一般的なエイズに関する知識は広く普及しているものの、ウィルスに関する誤った考えが、特に女性の間で流布し続けており、予防努力を改良・拡充させる余地が未だ相当残されていることが示されている。

2003年末時点で推定2万2,000人（1万1,000～4万1,000人）の人々がHIVと共に生きているジャマイカでは、カリブ海沿岸諸国でハイチに次ぎ2番目に多い年間エイズ報告数及び死亡者数を記録している（UNAIDS、2004年）。同地域の少数の島々では、抗HIV療法へのアクセスを拡大することで、流行を食い止める努力を強化しているのに対して、ジャマイカでは、1999年以来毎年、少なくとも900件のエイズ発生件数が報告されている。また、同時期において毎年590名～690名の生命が奪われており、これらの数字は、わずか4年前の2

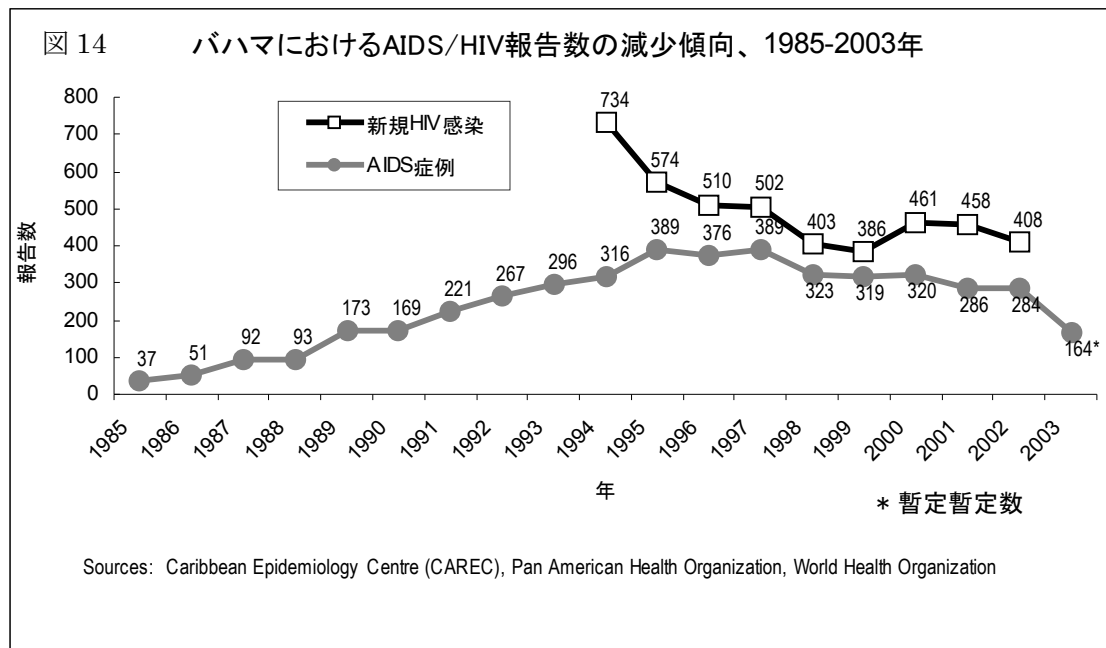
観光産業に経済を依存している数カ国は、この地域で最も深刻な影響を受けている国として数えられている。

倍以上に相当する（カリブ疫学センター、2004年）。最新のHIV動向調査では、HIVの流行も減退していないことが明らかになっている。産科診療所を利用する女性のHIV陽性率は、2002年には全国レベルで1.4%に達しており、またセント・ジャームズ行政区、キングストンおよびセント・アンドリュー行政区では各々2.7%と1.9%に達していた。2002年度に性感染症診療所の患者間で見られた高いHIV陽性率は、以前から警告されていた無防備なセックスが広範囲で行われていることを確認するものとも考えられ、これらの診療所を利用した男性の約8%、女性の約5%がHIV陽性であった（ジャマイカ保健省、2003年）。

また1990年代後半に、青少年を対象に行われた稀少な調査において、前年に性感染症の症状があったと報告した者は9%強に達しており、無防備なセックスが行われていることを明らかに示している（Norman & Uche、2002年）。こうしたパターンが大幅に変わったという証拠は今日に至るまで存在しない。

一方、バハマとバルバドスでは、1990年代後半以降のより強力な予防努力が、HIV感染レベルを低下させたという証拠がある。2003年末時点で5,000人の人々がHIVと共に生きていると推定されるバハマでは（図14参照）、妊婦のHIV陽性率が、1993年の4.8%、1996年の3.6%から2002年の最新のHIV動向調査の3%まで低下していることが明らかになった。HIV陽性率の同様の低下は、性感染症診療所の患者間でも観察されている（バハマ公衆衛生局、2004年）。年間のエイズ発生報告件数の減少（2000年の320件から2003年の164件）およびエイズによる死亡件数の減少（2000年の272件から2003年の185件）は、抗HIV療法が21世紀になって広がったこと、および着実な陽性率の一定の低下をおそらく反映したものである（カリブ疫学センター、PAHO、WHO、2003年）。

バルバドスにおける流行はより小規模であるが、ここでもHIV陽性率の低下が観察されており、妊婦間の新規HIV診断件数は、1999年の0.7%から2003年の0.3%まで大幅に減少した（Kumar & Singh、2004年）。また、自発的カウンセリングや検査サービスが拡充し、予防的抗HIV薬の処方が始まって以来、HIVの母子感染も減った。母子感染率は、2000年9月から2002年12月までで69%減少している（St Johnなど、2003年）。さらに、HIVと共に生きる人々に対して2001年に抗HIV療法が開始されたことにより、バルバドスのエイズによる死亡率は低下した。年間のエイズによる死亡者数は、1998年の114人から2003年の



50人に減少し、また同時期に日和見感染症の治療で入院した患者の数も42%減少した。さらにバミューダでは、エイズの発生件数が2000年から2002年までの間に約半数（19件から11件）に減少した（カリブ疫学センター、2004年；CAREC、PAHO、WHO、2003年）。

2003年末で2.5%に達していたと推測されるガイアナにおけるHIV陽性率は、同地域で2番目に高い率である。1990年代の中盤以降、HIV報告件数は急激に増えていた。同国の保健省によれば、公式なHIV報告件数は、HIVと共に生きている人々の実数の3分の1にも満たない可能性があるという。一方で、HIV感染者（その大多数が20歳から34歳）の5分の1以下の人々しか、自

休むというシフトで働いている。感染者である坑夫たちが、HIVを実家にいる定期的なパートナーや炭坑近くの一時的な性交渉の相手に感染させる危険性は相当高いと思われる（Palmerなど、2002年）。

イスパニョーラ島をハイチと共有するドミニカ共和国も、依然として深刻な流行に直面しており、妊婦間のHIV陽性率は、国家レベルで2%を越えている。しかし同国の首都のサント・ドミンゴでは、最近の発生率の指標と見なされる場合も多い15～24歳の妊婦のHIV陽性率が1995年の約3%から2003年には1%以下まで低下している（UNAIDS、2004年）。これは、人々にセーフセックスを行うよう奨励することを主眼とした予防努力に依るものと考

**バハマとバルバドスでは、より強力な予防努力が、
HIV感染レベルを低下させたという証拠がある。**

らがHIV陽性であることに気付いていなかった。感染のほとんどは、異性間の性交渉で起こっている（ガイアナ保健省、2004）。同国のアマゾン地域の坑夫の陽性率に関する最近のある調査では、6.5%という例外的に高い陽性率が報告されている。坑夫たちは、全員若い男性であり、6～8週間連続して勤務し、沿岸付近の家に戻って、2週間

えられる。しかし、同じトレンドは、同国の他所では明らかではない。特に懸念されるのが、砂糖キビ農園労働者間に認められた例外的に高いHIV陽性率（4.9%）である（MAP報告、2003年）。

キューバは1980年代にHIV感染者を予防策の一環として隔離したこともあり、同

地域では例外的に低い HIV 陽性率を誇る国である。しかしキューバはそのような隔離政策をその後放棄した。一方で、抗 HIV 療法に対する全国民的なアクセスが保証されていることから、エイズ発生件数及び死亡率は非常に低くなっている。その一方で、規模としては依然小さいものの、同国の HIV 流行は確実に拡大している。新規 HIV 感染の報告件数は、1990 年代後半以降急増しており、1995 年から 2000 年までの年間新規報告件数はほぼ 5 倍に増加している。しかし、キューバの流行の規模は、カリブ海沿岸諸国の大部分と比較して依然として小さい。ほとんどの HIV 感染は、男性間のセックスが原因で起こっている（カリブ疫学センター、2003 年）。

ほとんどのカリブ海沿岸諸国では、高い質の HIV 動向調査データが不足しており、それが、効果的な予防プログラムを企画・運営する際の妨げとなり、さらには、抗 HIV 療法に対するアクセスを拡張する努力の障害となっていることはほぼ明らかである。しかし、この地域の国々が流行を抑制しようとするのであれば、技術的課題だけではなく、社会的課題についても、真っ向から取り組む必要がある。広く見られる同性愛に対する偏見が MSM を、HIV から自らを守るために必要な情報・サービス・保護から遠ざけてしまっている。その結果、HIV 流行が拡大する理想的な環境が作りだされている。また男女間の社会的・経済的地位の不平等も、強まる偏見、誤解、及び社会からの否認などの中で、流行を拡大させる大きな要因となっている。

アジア

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	820 万 [540-1 180 万]	230 万 [150-330 万]	120 万 [72-240 万]	0.4 [0.3-0.6]	54 万 [35-81 万]
2002 年	720 万 [460-1 050 万]	190 万 [120-280 万]	110 万 [54-250 万]	0.4 [0.2-0.5]	47 万 [30-69 万]

HIVに感染するリスクが高い人々の間でさえも、HIV陽性率がきわめて低く、深刻な感染急増を事前に回避する絶好の機会に恵まれた国々も少数ある。

アジア諸国の国家レベルの HIV 陽性率は、特にアフリカなどの他地域と比較すれば低い。しかし多くのアジア諸国は非常に大きな人口を抱えているために、たとえ国家レベルの HIV 陽性率が低くても、HIV と共に生きている人々の数は非常に多いということになる。最新の推計によれば、約 820 万人 (540 万～1,180 万人) の人々 (成人女性の間では 230 万人 [150 万～330 万人]) もの人々が 2004 年末時点で HIV と共に生きており、この 1 年間の新規感染者数は 120 万人 (72 万～240 万人) に達するとみられている。また 2004 年のエイズによる死亡者数は、約 54 万人 (35 万～81 万人) に及ぶ。15～24 歳の若者の中では、女性の 0.3% (0.2～0.6%)、男性の 0.4% (0.3～0.8%) が、2004 年末時点で HIV と生きている。

アジアは広大なだけでなく多様性に富む地域であり、この地域全体における HIV の流行もその性質、ペース、深刻さなどの点で、多様なものとなっている。全体として、アジア諸国は、その経験している流行形態によって複数のカテゴリーに分類できる。初期に HIV の流行に見舞われた国々 (たとえば、カンボジア、ミャンマー及びタイ) がある一方で、急速に拡大する流行をいま経験し始めたばかりで、迅速かつ効果的な対応策を講じる必要がある国々もある。後者には、インドネシア、ネパール、ベトナム、そして中国のいくつかの省が含まれる。ミャンマーとインド及び中国の一部地域では、HIV 感染の広がりを抑えるある程度の努力が行われているものの、HIV の流行が社会のある部分にしっかりと

定着してしまったケースもある。一方で、HIV に感染するリスクが高い人々の間でさえも、HIV 陽性率がきわめて低く、深刻な感染急増を事前に回避する絶好の機会に恵まれた国々もある。これらの国々には、バングラデシュ、東チモール、ラオス、パキスタン、フィリピンなどがある。

その規模の大きさのために、いくつかの国では、上述の複数の感染形態のカテゴリーが同時に存在する場合もあり、中国とインドがその例である。この 2 つの国は、併せて 23 億 5,000 万人の人口を擁し、すでにきわめて深刻な流行を含み、複数の異なる流行形態を経験しつつある。

中国

ペースにばらつきはあるものの、HIV は中国の 31 の省、自治区、地方自治体すべてに拡大している。河南、安徽、山東などの省では、HIV は、収入の足しにするために血漿を売る地方の人々の間で 10 年前からすでに広がり始めていた。その他の地域でも、HIV の感染は、IDU (注射器による薬物使用者) の間でより最近になって確実に広がり続けており、また、感染の程度は低いが、セックスワーカーとその客の間にも入り込んでいる (Zang, Ma and Xia, 2004 年)。中国における HIV の最近の流行の大部分は、IDU と商業的なセックスに起因するものである。2002 年、広東州と広西省の 6 都市における IDU 間の HIV 陽性率は、18～56% という測定結

果が出ており、また、2003年に雲南省のIDUを対象に行われた調査では、その陽性率が約21%という結果が出ている（中国国家エイズ／性感染症対策予防センター、2003年）。IDUからそのセックスパートナーへのHIVの性的感染は、中国の急速に広がる流行の中で今後さらに顕著な傾向となることは明らかなように思われる。最近の調査では、調査対象となった四川省の女性IDUの約47%及び隣接する雲南省の女性IDUの21%が、前月に金銭またはドラッグを買い求めるために売春行為に及んだと回答している。コンドームの使用率は高いといわれているが、それが当たり前だというわけではない。HIVが商業的なセックスの回路の中でその存在を確固たるものとすれば、現状の行動傾向が持続する限り、その後の感染拡大がきわめて早いペースで起こる可能性がある。2003年、広西省で調査対象となったセックスワーカー中ほぼ4人に1人がコンドームを一度も使ったことがなく、約半数が時折しか使用しないと答えている（中国国家エイズ／性感染症対策予防センター、2003年）。また四川省でも、前月の客との全性交渉の中でコンドームを使用したと答えたセックスワーカーの割合は約40%に過ぎないことが、2002年に実施された調査で判明している。一方で、中国の流行において男性間のセックスが担っている潜在的な役割に

**中国が今後の流行の展開を望むように導くためには、
固い決意を持って早急に行動する必要がある。**

ついては、ほとんど知られていない。2001年から2002年に北京で行われたMSM（男性とセックスをする男性）を対象にした調査では、約3%のMSMがHIVに感染しており、さらに、彼らのほぼ全員が、自らがHIV陽性であることに気付いていなかったという結果が出ている（Choiなど、2003年）。

HIVに関する一般大衆の知識を強化しようという努力が実を結びつつある兆候もあるが、改善の余地もかなり残されている。2003年の調査では、5人に2人の中国人男女が、HIV感染に対して自らを守る方法をひとつも挙げられなかったという結果が出ている（Shengli, Shikun&Westley, 2004年）。また、四川省では、3分の1以上のセックスワーカー（そして同じ割合の客）が、コンドームを使用することがHIV感染から自らを守る有効な方法であることを知らなかった。

調査によれば、カンボジアやタイの感染抑止に効果があったコンドーム使用ポリシーを掲げている売春施設が中国ではほとんどないこと、さらにはコンドームを常備している施設はさらに少ないことが判明している（MAP、2004年）。中国には、HIVの流行を方向づける猶予がまだ残されている。しかしそのためには、迅速かつ、明確な決意に基づく行動が必要となる。

インド

インドにおける流行は、中国以上に多様性を見せている。最新の推計では、2003年には、約510万人（250万から850万人）の人々がインドでHIVと共に生きていたことが示されている。いくつかの州では深刻な流行が進行している。タミール・ナドゥー州では、セックスワーカーの間で50%のHIV陽性率が判明しており、アンドーラ・プラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ、ナーガランドなどの各々の州では、妊婦のHIV陽性率が1%を越えている。またマニプル州では、IDUが主な原因となった流行が10年以上深刻な影響を与えており、幅広い住民層に定着してしまっている（UNAIDS、2003年）。マニプル州の、インパール、チュラチャンドなどの都市の産科診療所で計測したHIV陽性率は、

1%以下から5%以上に上昇しており、テストの結果陽性であることが判明した女性の多くが男性IDUのセックスパートナーであると思われる。薬物を注射で使用する女性セックスワーカーの割合が高いこと（約20%）、多くのIDUの年齢が若いこと（2002年に調査対象となった男性IDUの40%が24歳以下であった）（MAP、2004年）ことなどの複数の要因がマニプル州における流行が持続している背景にあると思われる。

インドの流行においては、IDUが演じている役割が以前に考えられていたより大きい兆候がある。IDUを対象にした動向調査の場所のほとんどは、注射による薬物使用が一般的な行動である北部諸州にあるが、インドのその他の地域でも同様の問題の存在を示唆する証拠が出ている。たとえば、南部のチェンナイ

市では、標識サーベイランスの拠点が 2000 年に設置された時点で、すでに 26%の IDU が HIV に感染しており、さらに 2003 年までには、64%もの IDU が感染していた。IDU が調査対象となった大多数の都市において、少なくとも彼らの 4 人に 1 人が（そして、チェンナイでは 46%が）、妻または定期的な性交渉の相手と暮らしていると答えている（MAP、2004 年）。このことは恐らく、チェンナイの妊婦の HIV 陽性率がインドでも最も高い部類に入るといふ事実の背景にあると推測される。HIV 陽性の妊婦の多くが、IDU であるパートナーから感染した可能性は高い。

マニプル州のように、マハナシュトラ、タミール・ナドゥー、アンドーラ・プラデシュなどの諸州でも HIV の流行が長期間にわたって続いているが、これらの州における感染の主な要因は、商業目的のセックスである。

これらの州が実施している予防努力は、流行の広がりを変える効果をほとんど上げていないことが、入手可能な証拠では示されている。たとえば、セックスワーカーのためのセーフアセックスプログラムがすでに 10 年間実施されているにもかかわらず、ムンバイ（ボンベイ）のセックスワーカーの HIV 陽性率は、大きな低下を示していない。プログラムがあまりに散漫だったり短期的だったりするために、十分な割合のセックスワーカーにメッセージが届かず、効果がないものと思われる。これらの諸州の中には、HIV が妊婦の間で確実に広がっている州もあるが、これは、セックスワーカーの客がその定期的なパートナーに HIV を感染させたのが理由である可能性が高い。幸いなことに、インドの予防努力は、タミール・ナドゥーなどの南の州で無防備な不特定多数とのセックスが減るなど、大きな

リスク減少は有効

あらゆる科学的な証拠が、アヘン剤代替療法提供プログラム、滅菌処理済み注射針アクセス増大プログラム、その他の予防サービス提供プログラムが、IDU 間の新規 HIV 感染率を低下させることを指し示している。400 件以上の動向調査報告書及び科学論文を最近検討した結果、清潔な注射針提供などの IDU に対する HIV 予防サービスが、IDU の数の増加と関連するという証拠はまったく見つからなかった（MAP、2004 年）。この検討により、より安全な注射方法（滅菌処理を施した注射針の利用も含め）を奨励している国々は、よりリスクが少ない行動の奨励に成功していることも明らかになった。これらのプログラムは、社会的に恵まれない立場に置かれた薬物使用者グループにも到達し、様々な HIV 予防及び一時的ヘルスケアサービスの提供を可能にしている。そのような IDU 向けの HIV 予防プログラムは、第一に若者による薬物使用を防止することを目的としたダイヤモンド・リダクション・プログラムと称されるその他の様々な対策をも補完する。したがってこれらのプログラムは、人々に薬物の使用自体、もしくは注射による薬物使用、さらには、滅菌処理を施していない注射針やシリンジの使用を止めるよう働きかけるなどの様々な目標を追求するものとなる。

大規模な注射針交換サービスが IDU に対する害を減らすことができるという証拠も**バングラデシュ**で非常に明白になった。同国では、注射針交換プログラムが健康な性行動とより安全な注射を促進し、その結果、HIV 感染のリスクを低減することが示されている。注射針交換プログラムへの参加と、滅菌処理を施されていない注射器具の使用頻度の減少には、見事な相関関係があった。さらに、注射針交換サービスを利用した IDU は、プログラムに参加しなかった者に比べて、過去 12 ヶ月間において性感染症の症状を訴える割合もはるかに低かった。こうした結果は、より安全な注射行為を奨励するプログラムが、性的及び注射に伴うリスクを低減しうる様々な HIV 予防サービスに人々を呼び込むことができることを明白に示している。鍵を握るのは、効果的なプログラムを十分に幅広い層に届けることである。サービスが IDU 人口の半分以下にしか届かなかったバングラデシュの別の都市で行われた類似のプログラムでは、たいして良好な結果は得られなかった。

エイズの流行は、国境を縦横に飛び越えるために、**中国とベトナム**が 2002 年より実施している国境付近での注射針交換プログラムのような共同施策は、意味のあるものである。アウトリーチ担当者が、使用済みシリンジを安全に廃棄するためにその使用者から回収し、プログラムに参加している薬局から新しい注射針を取得する際に使用できる引換券を配布する。このプログラムは、中国の広西州とベトナムのクエンニン省、ランソン省の IDU 間の感染は相互に密接に結びついている（両者は、HIV-1 サブタイプのユニークな変異体である、CRF01_AE を共有している）という認識から創始されたものであり、双方の地域は、黄金の三角地帯経路の薬物の運搬路を有するという共通点を有している（Yu など、1999 年；Kato など、2001 年）。同プログラムは、広西の全 IDU 間の滅菌処理を施していない注射用具の使用を前月の 61%から 30%まで下げたことが証明された成功した実験に基づくものである（中国国家エイズ／性感染症対策予防センター、2004 年）。ハームリダクション（害の緩和）プログラムは、中国の四川省でも、IDU 間の滅菌処理を施していない注射針の使用報告件数の劇的な低下のきっかけにもなった。最近の注射行為において滅菌処理を施していない注射針を再使用したという報告件数は、2002～2003 年で 30%から 17%に減少し、また同期間において女性 IDU 間でも同件数が 24%から 15%に減少した（MAP、2004 年）。

成果を生んでいる。1996年には、トラック運転手の14%が最近セックスワーカーと無防備なセックスをしたと答えていた。しかし、協調的な予防プログラムが導入された後の2002年には、その割合は2%まで減った(エイズ予防及び対策プロジェクト、2003年)。

インド・ミャンマー・中国では、予防策が不適當であるため、ハイリスク行動を行う人々からその定期的セックスパートナーに、HIVが拡大してしまっている地域もある。

地域全体で、インドでの流行において男性間のセックスが果たしている役割は、ほとんど理解されないままである。明らかなのは、インドでは多くの男性がその他の男性と性交渉を持っているということである。インド・チェンナイの低所得地域における世帯ベースの調査では、男性の6%が男性とセックスをすると回答している。そしてこれらの男性は、住民中のほかの男性と比較してHIVに感染している確率が8倍以上にも達し、その他の性感染症に感染している確率も60%も高かった。MSMの中のかなりの割合の者が、女性ともセックスすると回答している(Goなど、2004年)。たとえば、インドで行われた世帯ベースの調査では、その他の男性とセックスをすると回答した男性の57%は既婚者であった(NACO、2002年)。

ハイリスク行動とHIV陽性率の急上昇

HIV陽性率が長年にわたって低かったにもかかわらず最近になって急上昇している地域がいくつかある。これらの感染率の急上昇

ジャカルタでは2人に1人のIDUが、HIV陽性であり、ポンティアナクなどの地方都市でも、IDUの70%以上が、HIV陽性であった。

は、IDU、セックスワーカーとその客、MSMなど、その行動がHIVに感染しやすいハイリスクなものである人々の間で最も劇的に起こっている。インドネシア、ネパール、ベトナム、そして中国の複数の地域では、図15が示すように、IDU間の感染率の最近の速い上昇が、性行動面でのリスクを抱える非IDU間のHIV感染率の上昇に拍車を掛け、より幅広い層への感染拡大に“弾みをつけて”いるように思われる。これらの国々の人口が非常に大きいことを鑑みると、リスク行動を抱えている者とそのセックスパートナーの間でHIVの感染拡大が続いているということは、

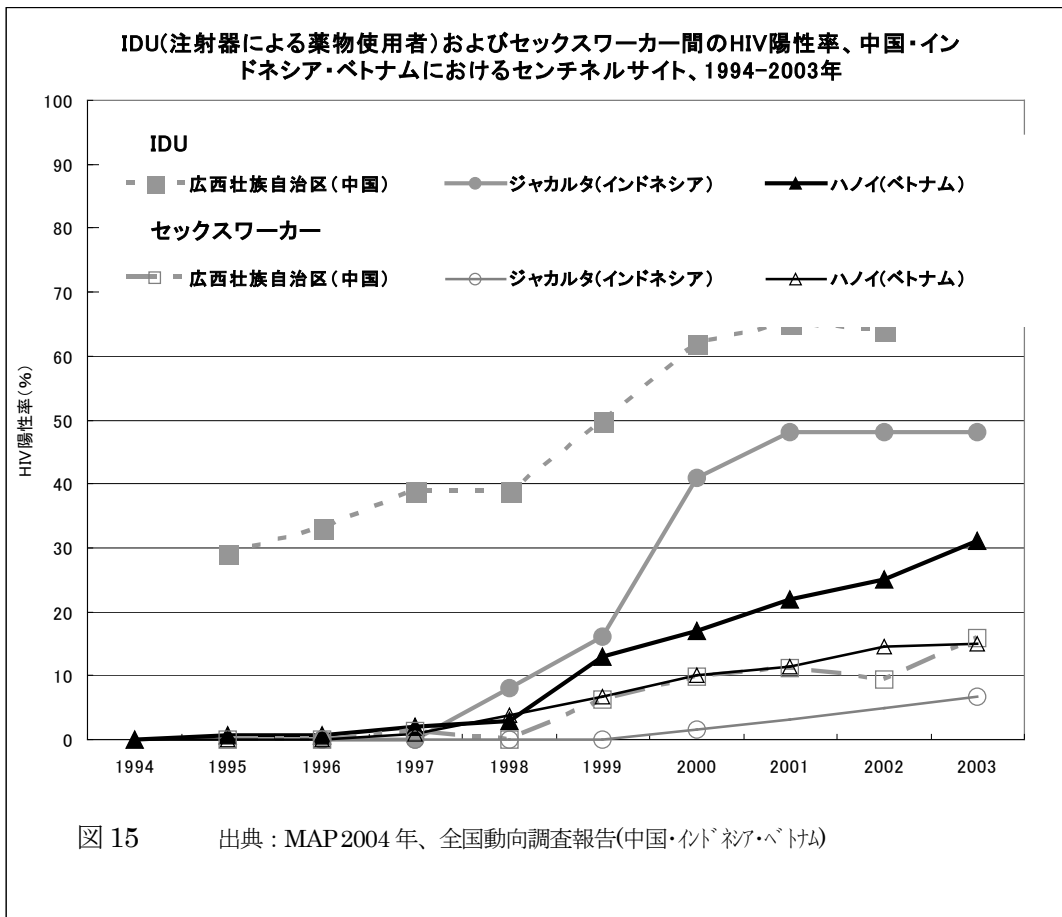
新規感染者が数百万単位で増えることを意味する。これらの国々は岐路に立たされており、効果的な対応策の導入が立ち遅れることは許されない。

調査により、より幅広い国民層にHIVが広がる機会が充分にあることが明らかになって

いるインドネシアのような広大な群島国家では、流行は多様なパターンを帯びる。インドネシアのIDU間におけるリスクの高い行動は非常に広く見られる。3都市で実施された最近の調査では、IDUの88%が、調査の前週に滅菌処理の施されていない注射針やシリンジを使用していたが、3分の1以下の者しか、HIV感染リスクが高いと感じていないという結果が示されている(Pisani, 2003)。IDUがHIVの抗体検査を受けた場合は、非常に高い感染率が明らかになってくる。インドネシアの首都、ジャカルタでは2人に1人のIDUが、HIV陽性であり、ポンティアナク(ボルネオ島の西カリマンタン州)などの遠方の都市でも、HIV抗体検査を希望したIDUの70%以上が、HIV陽性であった(MAP, 2004)。

また、セックスワークを通じたHIVの感染拡大が起こりやすい状況もある。インドネシアの7都市では、平均で42%のセックスワーカーが、2003年に淋病とクラミジアの双方またはいずれかに罹患していた。コンドームの

使用は、時折使うから滅多に使用しないまでといった状況である。2002年には、ジャカルタのマッサージパーラーやディスコで営業しているセックスワーカーの5人に1人以下しか、コンドームを持続的に使っていると答えていなかった(MAP, 2004年)。また、売春施設地区のセックスワーカー(介入プログラムが届き易いはずである集団)間でも、調査前週にすべての顧客に対してコンドームを使用していた者の割合は、わずか4%であった(MAP, 2004年)。状況は、インドネシア最東端のパプア州ではさらに問題含みであり、たとえば、同州のソロンという都市のセック



スワーカーの HIV 陽性率は、2003 年で 17% に達しており、これはセックスワーカーの全国平均陽性率の 5 倍以上であった。また、HIV がセックスワーカーやその顧客を越えて広がりつつある有力な兆候もある。5 つの村を対

象に行われた最近の陽性率調査では、1% 近くの者が HIV 陽性であった (MAP、2004 年)。ジャヤプラとメラウケの若い男女を対象とした世帯調査では、パプアの若い男女は、インドネシアのその他の地方よりも薬物使用率は

塀の中の HIV

インドネシアの広がりつつある流行の中で刑務所が担う役割が大きくなっている。ジャカルタの監獄では、収監者の HIV 陽性率が、IDU の間で上昇が見られた 2 年後の 1999 年に上がり始め、2002 年には 25% に達した。こうした上昇は、部分的には、IDU は刑務所に入った時点ですでに HIV に感染している場合が多いことを反映したものである。しかし、HIV 感染が刑務所の中で発生している証拠がある。西ジャワ刑務所で収集されたサーベイランスデータによれば、HIV 陽性率は 1999 年の 1% から 21% に急上昇し、その後 2002 年には 5% へと“急落”している。しかし 2002 年の急落は幻想に過ぎない。サンプリングの方法が変わり、新規登録の収監者のみが HIV 抗体検査を受けることになったからである。2003 年に無作為抽出法が再び用いられると、HIV 陽性率は、21% であることが判明した。双方の調査結果の差異は、HIV が刑務所内で、汚染された注射針を使用しての薬物注射または、収監者同士の無防備な肛門性交を通じて感染していることを示唆するものである (MAP、2004 年：インドネシア国家動向調査からのデータ)。

しかし予防機会は十分に存在する。刑務所の外の IDU とは異なり、収監された薬物使用者は、“到達が難しい人々”ではない。囚人の釈放前の指導の強化も含め、HIV 予防プログラムが刑務所内で求められている。また刑務所は、抗 HIV 療法と薬物代替療法双方を始める場所にもなりうる。刑務所と外部サービス間の照会システムも、釈放後、コミュニティ内で追跡するのが難しい可能性のある人々に対して、不可欠な保健・予防及びケアサービスを導入する際の一助となりうる。

はるかに低いものの、性的にははるかに活動的であることが判明している。データは確定的なものではないが、パプアでは、一般の人々に HIV 感染のダイナミックな拡大を助長する人々の性的ネットワークのパターンがあることを示している（インドネシア中央統計局及び MACRO インターナショナル、2004 年）。

ネパールの流行においても、安全でない IDU がその源泉となっている。滅菌処理を施していない注射器具の使用が広範に行われており、若い IDU（大多数が 24 歳以下）間の HIV 陽性率が、2002 年に国中で 22%~68% の高率に達してしまっている。ネパールの地

方では、年齢が若い IDU の方が危険を伴う行為に及ぶ可能性が高く、たとえば、東部では、24 歳以下の IDU が最近の注射行為において滅菌処理を施していない注射器具を使ったと報告した割合は、より年長の IDU と比較して 3 倍に達している（MAP、2004 年）。また、ネパールの流行は、HIV 感染と人口移動の潜在的な関連も際立たせている。陽性率の低い都市に在住しているが、過去に他所で薬物を注射したことがある IDU は、出身都市に継続的に居住している者よりも、HIV に感染している確率が 2~4 倍も高いことが判明している。また、ネパール中央部で調査対象となった、ムンバイ（インド）で働いてい

危ないビジネス

アジアにおける新規 HIV 感染の多くが、男性による買春行為により発生しており、非常に多くの男性が買春行為に及んでいる。多くのアジア諸国で実施された世帯調査では、買春行為を行う男性の割合は 5%~10%に達し、そのため、アジアでは商業目的のセックスは、巨大な実入りのよい産業となっている。多くのセックスワーカー、特に農村地区出身の非常に若い女性は、他に就労機会がないために、セックスビジネスに就くことを強要、または強制されている。たとえば中国では、農村部出身の若い教育を十分に受けていない女性たちが、その他の仕事が見つからないために、身体を売るのである。しかし、つらい低賃金の仕事の代わりにセックスワークを選ぶ者もいる。たとえばベトナムでは、セックスワーカーは、彼女たちが仕事にいそむ地域のその他の労働者の平均収入の最高 7 倍もの収入を得るという報告もある。またネパールでもセックスワーカーは、平均賃金の 6 倍もの収入を得ていると報告している（週/約 2,200 ルピーまたは 30 米ドル）（MAP、2004 年）。

コンドームが簡単に手に入る場所で最近の客に対してコンドームを使用しなかった大多数の女性は、客がコンドームの使用を拒んだからだと言う。多くの男性が、コンドーム無しのセックスに金を多く支払おうとするために、女性の多くも、コンドームの使用について客と交渉するのは難しいと感じている。インドでは、ストリートで働くセックスワーカーの 4 分の 1 が、もし客がコンドームの使用を拒む場合、より多くの金を請求し、そのままセックスに及んでしまうと答えている。中国の雲南省のセックスワーカーも、コンドーム無しのセックスの場合、60%増しの報酬を得ることができるという。またインドネシアにおける売春施設で働いていないセックスワーカーの場合、報酬は約 20%増しになるという。さらに、セックスワーカーがコンドームの使用を主張すると、暴力を振るわれたり、脅されたりする。

ところで買春するのはどういう人間なのだろうか？ 南ベトナムでは、セックスワーカーたちが、彼女たちの客の 3 分の 1 以上はビジネスマンまたはホワイトカラー労働者だと報告しており、5つの北部省では、その半数以上が政府官僚であると言われている。インドネシア、ラオス及びパキスタンで性を売っている女性は、公務員とビジネスマンが彼女たちを最も頻繁に利用する客であると言い、インドでは、4 分の 1 以上がビジネスマンまたはサービス産業の雇用者であるという。こうした男性たちの多くは結婚しているか、決まったガールフレンドがいる。セックスワーカーと無防備なセックスをする者たちは、自らが HIV に感染するだけでなく、それを妻やガールフレンドに感染させてしまうリスクをも負っていることになる。確かに、中国南部の広州市では、性感染症に罹った女性の約 72%が最近半年間で、夫または定期的な性交渉の相手としかセックスをしなかったと答えており、これは、彼女たちが、自らの行動ではなく、パートナーの行動によってリスクに曝されたことを明らかに示すものである。こうした現象が示唆しているのは、根深い社会的不平等であり、男女の社会的力の不均衡のみならず、アジアの（また、実際は世界の）大多数の国で見られる、女性の収入とキャリア機会の増進が阻まれている状況なのである。こうしたより大きな力学関係を無視した予防努力は、たとえ行われたとしても、短期的な効果しか生み得ない。

また、すべてのセックスワーカーが女性ではないということは、忘れられがちである。しかし、アジア人の男性は、男性やトランスジェンダーのセックスワーカーを相手にも買春行為を行う。たとえば、パキスタン・ラホールでの MSM の 48%、中国・四川省の 20%が、過去半年間で金で男性を買ったと言っている。インドの 5 都市では 3 分の 1 以上の MSM が、前月に買春または売春行為に及んだと 2002 年に答えており、チェンナイ市で 2001 年に行われた調査では、MSM の 5 人に 1 人が、過去にセックスと金銭を交換したことがあると答えている（Go ら、2004 年）。調査の中で男性間で商業目的のセックスが行われている割合が高いことが示されているからといって、これが MSM 全体の習慣であるというわけではない。しかし、こうした調査結果は、忘れられがちな男性セックスワーカーの存在と、彼らが曝されている HIV 感染の高いリスクに光を当てる。たとえばバンコクでは、売春行為を行っていたと報告している MSM の 32%が HIV に感染していた。

たことがあると回答したセックスワーカーの半数が HIV に感染しており、それに対してインドに一度も行ったことのない者の陽性率は 1.2%に過ぎなかった (New Era/FHI、1999 年)。

**アジアでの新規感染の多くは男性がセックスを買ったときに発生している。
また、たくさんの男性がセックスを買っていると見受けられる。**

ベトナムではセックスワーカーによる IDU が一般的であり、これが HIV の感染爆発につながっている。ホーチミン市では、ひとつの調査の対象となった約 1,000 人のセックスワーカーの 38%が IDU であり、これら IDU の実に 49%が HIV に感染していた (薬物を使わないセックスワーカーの陽性率 8% に対して)。また、北部の港湾都市ハイフォンでも、全セックスワーカーの約 40%が、注射器で薬物を使用していたが、首都のハノイでは 6 人のセックスワーカーに対して 1 人の割合でしかそうしていない。薬物を使用しているセックスワーカーがコンドームを使用する割合は、薬物を使用していないセックスワーカーの約半分であることが、ホーチミン市で実施された別の調査で示されている。こうしたトレンドは、HIV がハイリスクグループの間に思いのままに広がっていると思われるいくつかのベトナムの都市で検知された HIV

陽性率の急増を十分に説明するものであろう。また 2003 年にホーチミン市で行われた調査では MSM の HIV 陽性率は 8%であった。

高い陽性率とより幅広い国民層に広がる HIV

インド、ミャンマーの一部、中国の南西部などの地域では、HIV は、数年間にわたり感染の高いリスクに曝されてきた人々の間に強力な足がかりを得てしまっている。不適切な予防措置によって、ウィルスが最も高いリスクを有する行動 (不潔な注射器具を使った薬物注射や無防備な商業目的のセックスなど) をしている人々から彼らの定期的なセックスパートナーへ侵入し、それが性交渉の相手は 1 人のみであると申告している女性の間の HIV 感染率の上昇を招いている。アジアで最も深刻な流行を抱えるミャンマーがその一例である。状況は同国の各地域によって異なるとはいえ、HIV は、ミャンマーのいくつかの地域で感染リスクが低い人々の中にもしっかりと入り込んでしまった。2003 年までに、

ひとつの言葉が意味するものとは？

HIV 感染予防の観点からは、“セックスワーク (sex work)”、“商業目的のセックス (commercial sex)”、“売春 (prostitution)”などの言葉の定義は、政策やプログラム開発にとって重要な意味を有する。今日まで、セックスの商品化に該当する様々な取引を意味する単一の言葉は存在しない。“セックスワーク”または“商業目的のセックス”は、社会経済的な格差が顕著な状況で性的サービスに対する需要が発生する際に盛んに行われるように思われる。それでもなお、“セックスワーク”や“商業目的のセックス”には、様々な形態がある。それは、“公式な形または間接的”に、売春施設、サウナ及びマッサージパーラーなどで行われる場合もあれば、“非公式な形または間接的”に、バー、レストラン、トラックサービスエリア、タクシー停車場、街路などで行われる場合もある。取引は、明らかに商業的な場合 (均一料金とセックスが交換される場合) もあれば、たとえばセックスに対して贈与品や特権が与えられるなどのそれよりはるかに不透明な場合もある。さらに女性や少女 (または男性や少年) が自らの性を売ったり交換したりする方途も様々である。多くの者、特に非常に若い者たちは、人身売買され、セックス産業に就くことを強要される。女性と子供を含む非常に多くの人々が毎年、人身売買されていると推定されている。自らの、そしてしばしば家族の経済的な必要性も、セックスを一時的にまたは継続的に売ったり、交換したりせざるをえない状況に多くの人々を追いやる。場所によっては、たとえば経済の主体が農業である地域などで、収入の少ない時期を乗り切るために、辛いばかりで低収入の仕事をする代わりに、セックスを季節的に売ることを選ぶ人々もいる。これらの女性 (及び男性) の全員が自らを“売春婦”、“セックスワーカー”と見なしているわけではなく、特に、セックスが“贈与品”や“特権”と交換される場合はそうである。さらに、これらの“商業目的のセックス”のバラエティー間の違いが常に明確であるとは限らず、特定の場面に特定の用語を正確に当てはめることが難しい。“セックスワーク”という用語は、社会経済的な圧力によって自由意志が制限されていたとしても、ある程度は自由意志により行動する人々によるセックスの売却または交換を意味する場合もある。しかしそれは、人身売買、奴隷的な状況、赤裸々な強制などを指す言葉ではない。

妊婦を対象にした 29 箇所の標識サーベイランス拠点の 12 箇所で、2%以上の HIV 陽性率が記録された。ピエー、ウパアンで検査を受けた妊婦の HIV 陽性率は、それぞれ 5%と 7.5%に達していた。また 2003 年には、2 箇所のサーベイランス拠点で軍の新兵の約 2%が HIV 陽性と診断されている(ミャンマー保健省、2003 年)。IDU 人口中、例外的に高い割合の者が HIV に感染しており、2003 年の調査では 78%が HIV 陽性という結果が出た場所もあった。1992 年から 2003 年まで毎年行われている標識サーベイランスにおいて HIV 陽性が明らかになった IDU の割合は 45%~80%に達する。またセックスワーカーの HIV 陽性率も約 5%から 31%へと同時期に大きく上昇している。一方で、HIV 陽性と診断された性感染症診療所の男女の患者の割合は、2003 年にそれぞれ 6%と 9%に達している(ミャンマー保健省、2003 年; MAP、2004 年)。

成果を生み出した強力な予防施策

特にカンボジアやタイなど、HIV の性感染に取り組む大規模な予防施策を導入したアジアの国々では、リスク行動の大幅な減少が見られ、HIV その他の性感染症の新規感染レベルの減少が記録されている。カンボジアでは、セックスワーカーを利用する男性の数が減少し、商業目的のセックスでのコンドーム使用

率が大きく上昇した。こうした成果が組み合わせられて、性感染症の急激な減少と、HIV 陽性率の着実な低下につながっている。研究者が最近発生した感染割合を推測することができる新しい抗体検査技術により、図 16 に示されているように、新規 HIV 感染率(または発生率)が相当程度低下したことが判明している。

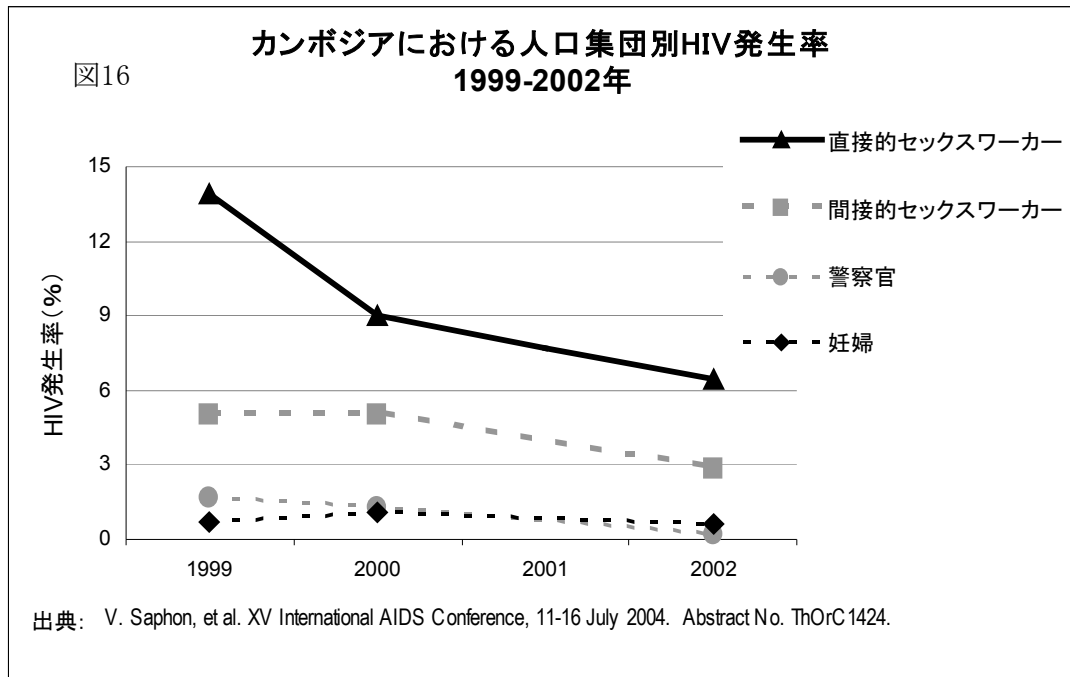
首都プノンペン¹の低所得地域で 15~24 歳の男性を対象に 2003 年に行われた調査では、セックスワーカーを過去に 1 度でも利用したことのある者の割合は、わずか 8%に留まった(Douthwaite、2003 年)(直接比較可能なデータではないが、同市で 3 年前に行われたある調査では、成人男性の 19%がその前年にセックスを金銭で買ったと答えている)(MAP、2004)。また、新しい調査は、10 代の男性がコンドームを使う割合は、彼らの年長者の約 9 倍に達するという結果も示されている。商業目的のセックスにおいて HIV 感染のリスクを減らすことに焦点を絞った戦略は、同時に MSM 間の無防備なセックスや安全でない IDU などの問題への取り組みことで、カンボジアが HIV を食い止めることを可能にするであろう。

タイも十分な予算を確保し、政府の支援を受けた現実的な対応が、流行の進行を変えることができることを示している。国家レベル

見えないものは存在しない?

MSM に対する一般的な偏見があるために、アジアでは、男性間のセックスについての HIV 関連の情報をとらえる動向調査システムはあまり存在しない。女性のセックスワーカー及び IDU についてそうであるように、信頼に足るデータへのアクセスが制限されている場合、予防へのアクセスも制限されてしまう。

最近の調査が、この秘密のベールを剥がし始めている。多くの国々で(バングラデシュ、インド及びフィリピンなどの)、世帯調査によって、最近男性間のセックスを経験したと答えた男性の割合は、5%~10%であることが明らかになっている。暫定的な動向調査では、カンボジアのプノンペンで男性がその場限りのセックスパートナーを求める場所として人気の高い場所では 14%、タイのバンコクのコミュニティサンプリングでは 17%、インドネシアのジャカルタにおける MSM を対象にした調査では 22%(MAP、2004 年)など、非常に高いレベルの HIV 感染率が検知されている。こうした調査結果は、リスク率分布の高端を表すものであり、MSM 全般に対して一般化されるべきではない。しかし、こうした結果は、アジア諸国が、その予防プログラムにおいて男性間のセックスを決して無視してはならないという警告でもある。他の男性と無防備なセックスを行う男性だけが互いに HIV に感染するリスクを有するのではなく、彼らの多くは、女性ともセックスをする(しかも女性は、男性パートナーの男性との関係に気付いていない場合が多い)。タイ中央部で行われたある調査では、男性間のセックスをしたことがあると回答した男性の 3 人に 1 人が女性からもセックスを買っていると答えており、彼らの約半数が、定期的でない女性の性交渉の相手を有していた。インドの 5 つの都市における行動調査では、MSM の 27%が結婚しているか、女性のセックスパートナーと暮らしていた(NACO、2002 年)。



の成人 HIV 陽性率は、じりじりと下がり続け、最新の推計では、2003 年末現在で、1.5% (0.8 ~2.8%) とされている (UNAIDS, 2004 年)。しかし、新しい段階に入った流行に対抗するためには、取り組み意欲と戦略の刷新が求められる。年間新規 HIV 感染件数の半数までもが、一緒に住んでいるカップルの間で起こっており、これは、セックスワーカーの客である (またはあった) 夫・ボーイフレンドから感染した女性が増えているためである。依然

1990 年代にセックスワークに対して採用されたような現実的なアプローチの方が成功する確率ははるかに高い。同じことが、17% の高い陽性率が検知されている場合もある MSM についても言える。

同時に、地域によっては妊婦の感染レベルも高くなっており、南部では 8 つの州で陽性率が 2002 年に 2% を越えている。これらの女性の多くが薬物を注射したか、セックスワ

カンボジアではセックスワーカーを利用する男性が減った。また、商業的セックスにおけるコンドーム使用が顕著に増加している。タイも同様に、資金が十分で、政治的支援がある現実的な対応が、流行の行く末を変えることができることを実証している。

として HIV 感染の重要な要因である売春施設をベースにしたセックスワーク以外の、その他のリスクの高い行動も感染の要因となっている。新規 HIV 感染件数の 5 分の 1 が安全でない IDU によって発生していると推測されるが、10 年前は約 12 分の 1 であった (タイ HIV/エイズワーキンググループ予測、2001 年)。また地方によって、特に高い HIV 感染率が検知されている。タイ北部では、IDU の 30% が HIV に感染しており、HIV 陽性率 (中央値) が 51% にも達している地域もあった。しかし IDU に対しては予防資源が欠如している。IDU が違法行為であるという事実が、効果的な施策の妨げにはならない。

ーカーを頻繁に利用した男性から感染した可能性は高い。売春施設をベースにした HIV 感染を減らす努力を継続しながらも、規制がそれより容易でない環境で営業しているセックスワーカー (増加傾向にある) にも到達するような予防施策が実施されなければならない。一方で、一般大衆の HIV に対する意識を向上させるキャンペーンが弱まる中で、適切な予防サービスが到達している若者は 5% にも満たないと推測されている。また、性的に活動的な若者の 20~30% しか、コンドームを恒常的に使用していない (国連開発計画、2004 年)。

アジア諸国の HIV 感染の可能性が高い人口集団の HIV 陽性率、2001-2003 年 図 17

	バングラデシュ	東チモール	モンゴル	ラオス	パキスタン	フィリピン	スリランカ
	2002	2003	2003	2001	2003	2003	2003
女性セック スワーカー	0 - 0.7%	3%	0	0 - 1.1%	0	<1%	0 - 0.2%
MSM	0 - 0.2%	0.90%	-	-		0	
ハイリス クな男性*	0	0	0	0		0	0
STI 診療所 利用者	0	-	0	-			0 - 1%
IDU	0 - 4%	-	-	-	0	0	-

* バングラデシュ:トラック運転手、農場労働者、セックスワーカーのボーイフレンド; 東チモール:タクシー運転手、兵士; ラオス:トラック運転手; フィリピン:徴兵兵士; スリランカ:運送業労働者、兵士

出典: Lao People's Democratic Republic National Committee for the Control of AIDS Bureau 2001; Philippines Department of Health 2002 and national surveillance reports; Bangladesh National AIDS/STD programme 2003; Pisani and Dili STI survey team 2004

きわめて低い HIV 陽性率、 大きな予防機会

いくつかの国は、大規模な流行が確固たるものになることを防止する稀少な機会を有している。こうした国々では、HIV 感染レベル

年には、フィリピンのアンジェレス市の公認セックスワーカーの半数以上が、前週に相手をした客に対してコンドームを使用したと答えていた一方で、カラオケバーやナイトクラブのホステスの間で恒常的にコンドームを使用している者の割合はわずか6%であった。

*アジアで成功した取り組みは現実に即したものであり、感染を引き起こす行動に
焦点を絞ったものであり、大規模なプログラムを仕掛けたものであった。
それと同時に、感染のリスクがある人々が日常生活を送っている社会的・法的環境
を改善する努力も行われた。*

は、図 17 が示すように、感染のリスクが非常に高い国民間でも非常に低い。これらの国々は、HIV 感染のリスクに最も曝されている者たちに予防サービスを提供することで、HIV が拡大するのを防ぐ機会を有している。

他国の例からも分かるように、防止対策が効果的でない場合、リスクの高い行動があるところに、HIV は発生する。バングラデシュとフィリピンはそのような教訓を深く心に刻み、HIV が拡大する前に、リスクの高い行動を減らそうとしている。こうした対策は、特にセックスワーカーの客の間で、今日まで部分的な成功を示している。たとえば、2003

しかし、予防対策をしっかりと継続・拡充することで、これらの国々は、他国で記録されたような流行を回避することができるはずである。マレーシアのエイズに関する状況はまったく明確でなく、その理由は、主に、HIV とエイズ報告が IDU に焦点を絞っていることに由来する。これらの報告によれば、1998 年から 2001 年の間に HIV 陽性と判定された人々の 55% が IDU であるという。ペナンで実施された調査によれば、抗体検査に同意した IDU の 17% が HIV 陽性であった (Navaratnam など、2003 年)。しかし、流行のその他の重要な要因が見過ぎされている

可能性もある。たとえば、1996年にセックスワーカーを対象に最新の動向調査が行われた際、クアラルンプールでは HIV 陽性率は 6.3%、セランゴールでは陽性率は 10.2%であった。

東チモールやパキスタンなどの国では、HIV の急増が懸念される。ごく最近まで、パキスタンで報告された HIV ケース及びエイズケースの大多数は、ペルシャ湾岸諸国から強制送還された季節労働者間で起こったものであった。しかしながら、パキスタンのシンド州の小さな町の IDU 間で HIV の感染急増が起こったという最近の報告がある。ラルカナという町の IDU 間の HIV 陽性率が 10%弱に達していたという報告があったというのである (Shah など、2004 年)。パキスタンのトラック運転手を対象にした調査では、3 人に 1 人がコンドームという名称すら聞いたことがなく、女性からセックスを買う 20 人中 19 人が、コンドームを使用していなかった。一方で、東チモールでは、10 人のセックスワーカーの中の 6 人近くがエイズについて耳にしたことがなく、10 人中 4 人がコンドームを見せられてもそれが何か分からず、客の相手をする際に恒常的にコンドームを使用している者は、10 人中 1 人もいなかった。

日本のデータは、HIV 陽性率が、男性の献血者の間で一定のペースで上昇し、女性の間では比較的横這い傾向であることを示している。このことは、HIV 感染が主に MSM の間で起こっていることを示唆しており、これらの MSM の中には、HIV を女性のセックスパートナーへと感染させている可能性がある者もいる。2003 年には、男性間のセックスで HIV に感染した日本人男性の間で約 340 件の新規 HIV 感染数が報告されており、これは異性間のセックスで HIV に感染したと報告した男性の感染件数の 3 倍以上の数字である。実際、1999 年以来、男性間のセックスに起因する HIV 感染の年間発生件数は急速に増加している (MAP、2004 年)。

正しいバランスを保つ

継続し、現実の変化に対応するためには今後も多大な努力を要するとはいえ、カンボジアとタイで成し遂げられた成果は、最も必要としている人々をターゲットに大規模な予防対策の実施を選択した国々は、流行を抑制することができることを示している。程度に差はあるものの、アジアでの HIV 予防対策の成功には共通点がある。まず、現実的であり、最も多い感染を引き起こしている行動的を絞ったものであること、HIV 感染のリスクを減らすためのサービスを提供することなどである。これらの国々は、十分な数の国民をカバーするように大規模なプログラムを実施している。また、最も高いリスクに曝されている人々が生活し、働く社会的、法的、政治的環境を改善しようと努力している。同様のアプローチを取ることによって、この地域の他国における感染拡大を食い止めることができるはずである。

820 万人 (540 万から 1,180 万人) もの人々がすでに HIV と共に生きているアジアでは、治療、ケア、サポートが、重要な取り組み課題としてよりクローズアップされなければならない。2004 年にアジアで抗 HIV 療法を必要としている人々推定 17 万人中 6%以下しか、実際に抗 HIV 療法を受けていない (WHO 西太平洋地区、2004 年 9 月 16 日)。この課題に取り組んでいるのは数カ国だけである。タイは、5 万人の人々に抗 HIV 療法を提供するという目標達成に向けて邁進しているようだが、カンボジア、中国 (治療の無料化を宣言した)、インド (いくつかの州で治療の無料化を宣言した)、インドネシアなどの国々も治療へのアクセスを大々的に拡張しようと努力している。

東ヨーロッパと中央アジア

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	140 万 [92-210 万]	49 万 [31-71 万]	21 万 [11-48 万]	0.8 [0.5-1.2]	60 000 [39 000-87 000]
2002 年	100 万 [67-150 万]	33 万 [22-48 万]	19 万 [94 000-440 000]	0.6 [0.4-0.8]	40 000 [27 000-58 000]

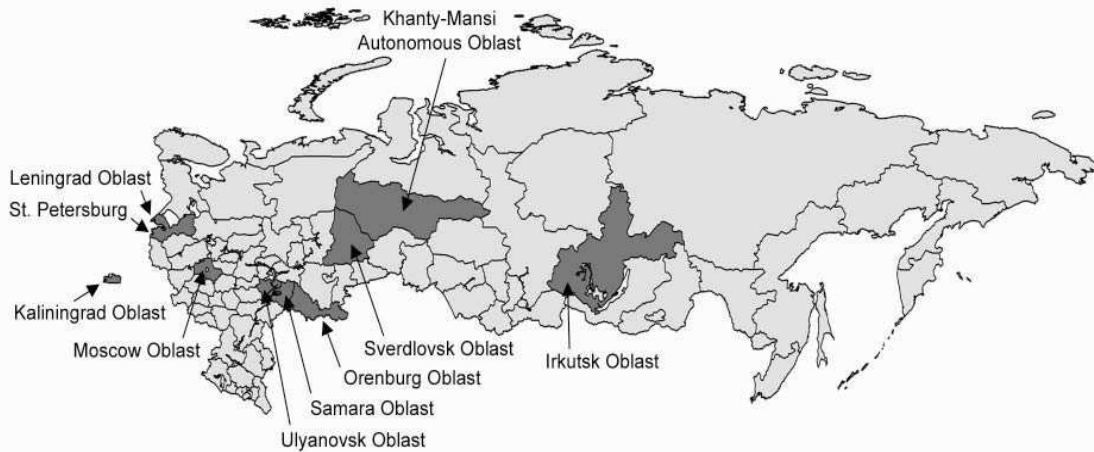
この地域では流行のほとんどがまだ初期段階であることが挙げられる。つまり、タイムリーで効果的な介入によって、流行を抑えることができるということである。

東ヨーロッパと中央アジアでは、HIV とともに生きる人々の数がここ数年で激増しており、2004 年末現在、推計 140 万人 (92 - 210 万人) とされる。10 年間で 9 倍以上の増加である。21 万人 (11 - 48 万人) あまりの人々が 2004 年に HIV に新たに感染している一方で、推計 6 万人 (39,000 - 87,000 人) がエイズで死亡している。2004 年末現在、15 - 24 歳の若者のうち、0.8% (0.4-1.6%) の女性、1.7%(0.8-3.7%) の男性が HIV とともに生きてると推計されている。

東ヨーロッパと中央アジアでは、HIV の流行のかたちはさまざま。HIV が最も深刻で社会に根付いているのは、新たな感染者が増加しているウクライナである。ロシア連邦は東ヨーロッパと中央アジアだけでなく、ヨーロッパ全体のなかで、最も HIV の流行が深刻な国である。しかし、ロシア国内における HIV の広がりは一様ではなく、今日までに報告された HIV 感染者の 60% が 89 地区のうち 10 地区に集中している。ロシア連邦のような広大な地域では、HIV がさらに拡大する余地はまだかなりあると考えられる。もちろん、それを未然に防止する機会も多くあるといえるだろう。中央アジアとコーカサス地方の一部が流行の初期に入ったとみられるが、南東ヨーロッパでは HIV 感染の可能性の高い行動パターンがあるにもかかわらず、HIV 流行の兆しはほとんどみられない。

そのような多様な流行の形態の根底にあるのは 4 つの顕著な特徴である。まず、東ヨーロッパと中央アジア全体の HIV の流行のほとんどがまだ初期段階であることが挙げられる。つまり、タイムリーで効果的な介入によって、流行を抑えることができるということである。第二に、この地域では HIV とともに生きる人々の大半が若者であることである。感染者の 80% が 30 歳未満の若者である。(ちなみに、西ヨーロッパではこの年齢層の感染者の割合は 30%) 第三の特徴は、HIV の流行が最も深刻な国々で、セックスによる感染が増加していることである。これは HIV がより広い人口集団に広がる足がかりとなっている。第四に、現在、この地域の国々では激しく社会や経済が変動しており、そのような厳しい状況のなかで相当数の若者が薬物注射を行っているということである。流行が広がりつつある国々では、薬物の使用を阻止する需要削減プログラムや、若者の薬物注射を減らし、汚染された注射器具による HIV 感染を防ぐハームリダクション・プログラムを行うことによって、ロシアやウクライナのような流行の拡大を防ぐことができる。そのためには大規模なハームリダクションとセーフアークス・プログラムを実施するとともに、若者の HIV への脆弱性を軽減し、薬物注射を始める人の数を減らすような包括的な介入も必要である。

ロシア連邦で最も影響を受けている 10 地域 (図 18)



Source: Russian Federal AIDS Centre, based on registered number of people living with HIV through 22 March 2004. Compiled by AIDS Foundation East-West. The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNAIDS/WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authority, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

ロシア連邦は東ヨーロッパと中央アジアの国々のなかで HIV 感染者が最も多い国であり、同地域の HIV 感染者の公式届出総数の 70% を占める (Rhodes など、2002)。ロシアでは 2004 年末現在推計 86 万人 (42 - 140 万人) が HIV と

おける HIV の流行の衰退につながるのかどうかは不明で、もしそうだとした場合の原因はわからない。流行が最も深刻な一部地域では、IDU (注射による薬物使用者) の大半がすでに検査を受けてしまっているためだという見方も

ロシア連邦はヨーロッパで最も深刻な影響を受けている。流行がさらに拡大する余地も大いにあるが、そのような結果を防止する絶好の機会もある。

ともに生きており、その 80% が 15 - 29 歳の年齢層で、3 分の 1 が女性である (UNAIDS, 2004, Field, 2004)。HIV 陽性率は着実に上昇を続けている。妊婦の感染レベルも 1998 年には 0.01% 未満だったが、2003 年には 0.11% になっている。サンクトペテルブルグでは、HIV 陽性率が 1998 年の 0.013% から 2002 年には 1.3% と 100 倍以上増加した。

ロシアでは過去数年間、新たに報告される HIV 感染者数は減少している。公式の報告数では、2003 年には 39,699 人で、2002 年の報告数 52,349 人と比べて 24%、2001 年の 88,577 人と比べて 55% 減少している。これがロシアに

ある。また、この地域の IDU の HIV 陽性率が飽和状態に達したからだという見方もある (EuroHIV, 2003)。HIV 検査を受けた人が減少した地域もある (2003 年、HIV 検査を受けた IDU の全体数は 279,509 人と、2001 年の 491,526 人と比べて減少している)。加えて、IDU にくらべて感染拡大のペースが遅い性交渉による感染が増加しはじめたからかもしれない。HIV 感染はロシア連邦全体に広がっているものの、ほとんどが 10 地域に集中している (9 地域が人口の集中している西部にある : 図 18) (AIDS Foundation East-West, 2004)。効果的な予防活動が実施されなければ、深刻な HIV 感染爆発がロシア連邦全体に広がる恐れがある。

ロシア連邦のなかで HIV 感染者が集中しているところでは、驚くほど多くの若者が注射による薬物使用を行っており、同時に活発な性生活を送っている。150 万から 300 万人が薬物注射を行っており（ロシア連邦の全人口の 1 - 2%）、推計 30 - 40%の IDU は消毒していない注射針あるいは注射器を使用しており、これが HIV 感染の可能性を高めている（Max Planck Institute of Foreign and International Law, 2000）。ロシアの多くの地域で IDU の HIV 陽性率は高い。最近、複数の機関で行われた調査によれば、イルクーツク中心街の IDU の推計 65%が HIV 陽性だということが明らかになった（その 90%がまだ 10 代）。トベリでは 55%、エカチェリンブルグでは 34%、サマラでは 29%

**この地域の HIV と共に生きる人々の大部分は若者であり、
感染報告数の 80%以上が 30 歳未満である。**

の IDU（注射による薬物使用者）が HIV 陽性と推定される（Rhodes など、2004）。さまざまな調査から、薬物使用者の大部分は若く（24 歳以下）、男性で、失業中であり、主要な都市部に生活していることがわかった（しかし、薬物使用は地方部にも広がりつつある）。

2004 年初めの段階で、これまで公式発表された HIV 感染者の 80%以上が IDU だということがわかった（ロシア連邦エイズセンター、2004）。そして、IDU の大半は性的に活発で、ロシアのいくつかの都市での調査によれば、IDU の 70%以上が性的に活発である。決まった性的パートナーを持っている者も多いが、セックスを売買する者もいる（50 ページ囲み記事）。HIV に感染した人々は、セーフターセックスを実践しない限り、HIV を人に感染させることになる。さまざまな調査で、男性 IDU の大半はコンドームを常用しないことがわかっている。トリヤッティとニジニノヴゴロドでは、過去 1 ヶ月のあいだにコンドームを使わなかったことがある男性 IDU の割合は 83%で、ミルニーでは男性 IDU の 23%が一度もコンドームを使ったことがないと答えている（Lowndes など、2002、Moshkovich など、2000、Filatov & Sharsky、2002、Rhodes など、2004）。結果、流行のパターンは変化し、異性間の性交渉による感染が新たに報告された感染者のなかで激増している。異性間の性交渉による HIV 感染は 2001 年には 5.3%だったが、2002 年にはほぼ 15%になり、2003 年には 20%を超えた。これはつまり、女

性の感染が増加したということでもある。HIV とともに生きる女性の割合は 2003 年には 38%になり、2001 年の 24%と比べて増加している（ロシア連邦エイズセンター）。また、HIV 陽性の女性から生まれる子どもも増えており、母子感染予防が優先事項であることを示唆している。HIV 陽性の妊婦の数は 1998 年には 125 人だったが、2003 年には 3,531 人となり、過去 6 年間で激増した（ロシア連邦・消費者の権利保護と福祉の動向調査部、2003）。これに呼応して、HIV に感染して生まれる新生児の累積数も 9,000 人以上に増加した。最も早く流行が始まったところで、IDU からその決まったパートナー、セックスワーカー、そしてその客へと HIV が「橋渡し」されて感染が広がったところで、

この傾向が最も顕著である。性感染の割合は新たな感染者のなかで増えており、カーリーニングラード、ミルニー、モスクワとウラジオストックでその傾向が強い（Rhodes など、2004）。

公式に発表されている、ロシアの刑務所制度における HIV 陽性率の公式推計は 2-4%で、少なくとも一般人口の HIV 陽性率よりも 4 倍高い（ロシア法務省更正局&ロシア連邦エイズセンター、2004）。IDU が増加するにつれ、注射による薬物使用を行ったことのある受刑者の割合も増え、HIV 陽性の受刑者も増えている。ロシアは現在、受刑者のための予防教育、コンドームと漂白剤（殺菌用）へのアクセスを含めたプログラムを展開中である（UNAIDS, 2004）。

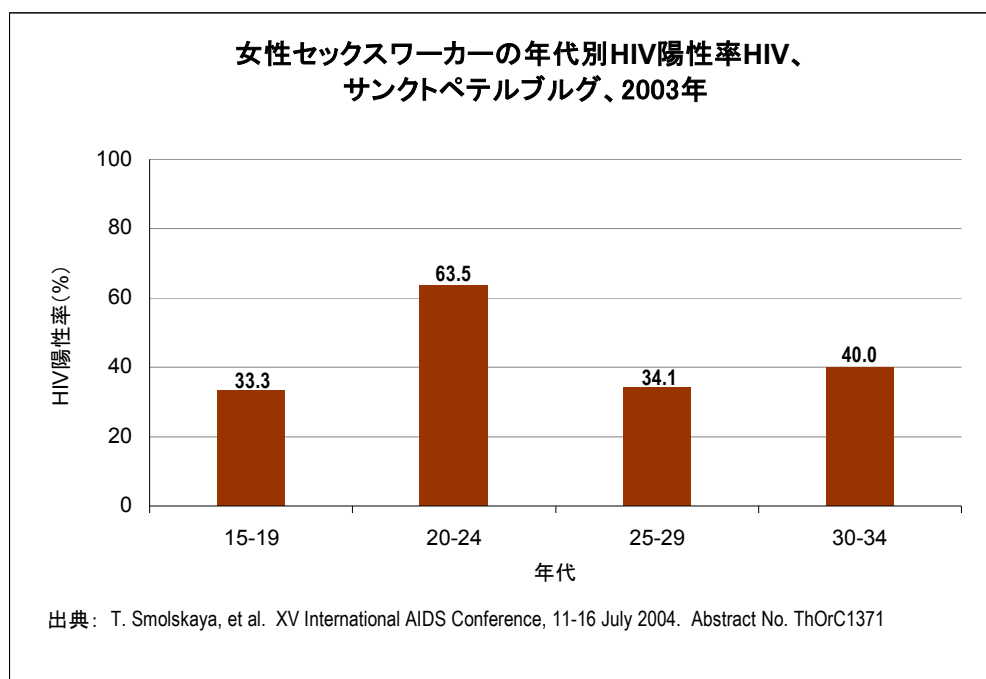
東ヨーロッパと中央アジアの他の国々と同じように、ロシアの HIV 動向調査データ・システムでは MSM（男性とセックスする男性）の HIV 感染に関する情報をつかむことはほとんどできない。男性間のセックスはロシアの HIV の流行において、現在考えられているよりもはるかに重要な要素だと思われる。またこの感染経路は異性間の性感染にもつながる。サンクトペテルブルグでの調査結果はこの問題に光を当てることになった。調査対象の MSM の 3 分の 1 が過去 3 ヶ月間に女性ともセックスをし、MSM の多くが複数の男女パートナーを持っていると回答したのである。両性愛者の男性は商業目的のセックスに従事する傾向が強く、HIV に関する知識も最も少ないことがわかった。

コマーシャルセックスと IDU(注射器による薬物使用)

商業目的のセックスはいくつかの国々の流行の重要な要素になってきている。セックスと薬物を交換したり、薬物使用を続けるためにセックスを利用したりすることで、HIV 感染の二つの経路を結ぶことにもなっている。IDU の数が過去 10 年で爆発的に増えただけでなく、1990 年後半の経済危機以降、売春を行う人の数もいくつかの都市で増加している（モスクワだけで 2 倍になったという統計もある）。薬物使用と商業目的のセックスという二つの HIV 感染経路がつながり、効果的な予防サービスがなければ、これによって導かれる結果は計り知れないほど深刻なものとなるだろう。

ロシア連邦でセックスワーカーを対象とした調査が行われるのはまれである。セックスワーカーの HIV 陽性率は、エカテリンブルグではほぼ 15%、モスクワで 14%であることがわかっている（WHO ヨーロッパ地域事務局、2004）。今までで最も詳細な調査がサントペテルスブルグで実施された。そのなかでセックスワーカーの 81%が少なくとも 1 日 1 回、薬物注射をしており（使用薬物は大半がヘロイン）、65%が消毒していない注射器具を使っていると答えた。女性の大部分（96%）が最近の売春でコンドームを使ったと答えており、HIV に関する意識は高かった。これは朗報である。しかし、検査を受けてみるとその 48%が HIV 陽性だった。20-24 歳の年齢層の女性では 64%が HIV に感染していた（図 19）。あきらかに、IDU が主な危険要因である。“たいてい”消毒していない注射器具を使っていると答えた女性の 10 人に 9 人が HIV 陽性だった。しかし、注射器具の使い回しをしたことがないと答えた女性の 10 人に 4 人も HIV 陽性だった。彼女らはおそらく、客あるいは決まったパートナーとのセックスで感染したと思われる（Smolskaya など、2004a）。

図 19



他にも目を引く調査結果がある。例えば、HIV に感染する危険が最も高いのは、商業目的のセックス・パートナーを最もたくさん持っている女性だった（図 20）。つまり、かなりの数のセックスワーカーが客から HIV に感染しているということである。また、注射による薬物使用の頻度が高い女性ほど HIV に感染するリスクが高いということも意味する。つまり、薬物を得るために売春をすることが多いからである。これら二つの要素がつながることで、売春をする女性が HIV に感染するリスクが最も高くなる。

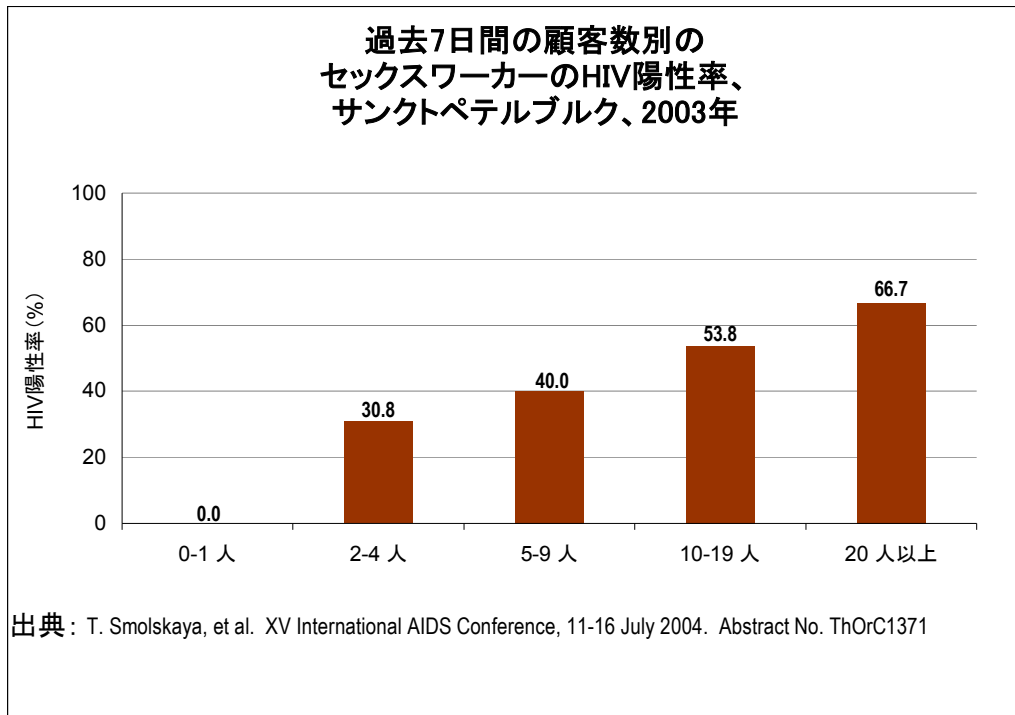


図 20

IDU とセックスワークとのつながりは**カザフスタン**でも明らかである。カザフスタンの9大都市で行われたある調査によれば、薬物使用者のうち、女性の42%と男性の6%が売春をしていた(共和国エイズセンター、2001)。カラガンダ、パプロダール、シムケント、ウラルスクで行われたセックスワーカーの調査では、全体の14%が薬物注射をしており、42%が薬物を得るために売春をしていると答えた(共和国エイズセンター、2004)。性感染はカザフスタンのHIV感染の経路のますます大きな部分を占めるようになってきている。2004年に報告された感染の25%が無防備なセックスによるものだった。行きずりの相手とのセックスでコンドームを使用したという15-24歳の若者は58%に過ぎなかったという、最近の調査結果もある。

このような調査からわかることは、薬物とセックスワークというHIV感染の危険を高める二つの行動がつながることで、この地域の流行が爆発する可能性があるということだ。薬物使用者、セックスワーカーとその客や彼女らの決まったパートナーに向けた効果的な予防対策がとられなければならない。

IDU やセックスワーカーと同じように、MSM は官公吏社会でも一般社会でも差別や偏見にさらされている。このような偏見や差別によって、MSM (女性ともセックスするMSMも含む) の標識動向調査の実施を妨げるようなことがあってはならず、MSM 間やMSM から他の集団へ流行を拡大しないための適切な予防サービスの障害になってはならない。このようなプログラムでは、同時に、男性間および異性間性交渉に関連するHIV感染リスクに焦点を当てる必要がある(Kelly など、2002)。

HIV の流行という問題と取り組むのは見かけほどやっかいなことではない。現在、ロシア

のHIVの流行にはむらがある。ロシアの89の行政区全てでHIV感染が報告されてはいるが、66の行政区(ロシアの全人口の60%)ではHIV陽性率は極めて低い(人口10万人に対して1-150人)(AIDS Foundation East-West, 2004)。HIVプログラムをより広い範囲に広げるとともに、現在までに報告された感染者の半数以上を占める10地区に絞った対策を行う必要がある。ロシア連邦全体では約90のハームリダクション・プロジェクトが行われているが、状況が改善する余地は多分にある(Rhodes など、2004)。

ロシアの治療アクセス事情

ロシアには全ての国民に抗 HIV 薬を無料で提供することを保証する法律がある。しかし、最近の推計によれば、抗 HIV 療法を受けている HIV 感染者は 3000 人に満たず、緩解期にある IDU は 5%未満である。これにはさまざまな理由があるが、薬価引き下げに向けた最近の努力にもかかわらず、抗 HIV 薬が高いことも一因と思われる。処方にもよるが抗 HIV 療法は年間一人当たり、5,000 - 12,000US ドルの費用を必要とする。2003 年、ロシアの国民一人当たりの国民総所得は 8,900US ドル（購買力平価）である（世界銀行、2004）。抗 HIV 療法を必要とするロシア人のほとんどは、日常的に差別を受け、社会から取り残された薬物使用者である。薬物使用者を対象としたエイズプログラムは予防に焦点が当てられているが、ケアやサポートを提供しているものはほとんどない。現在、IDU にケアや治療へのアクセスを提供するメカニズムは存在しない。不正薬物と抗 HIV 薬の相互作用についての知識もほとんどない。代替治療は抗 HIV 治療へのアドヒアランスを高め、薬物使用者の健康と彼らの社会的な安定を強化するものだが、ロシアの薬物治療施設では行われていない。これはロシアの薬物治療専門家の多くが、薬物を別の薬物で代替することを嫌い、他の国々では広く使われて薬物治療に成功をもたらしているメタドンなどの代替薬物が不正薬物とされ、法律によって薬物治療での使用を禁止されているからである。

ウクライナでは、HIV が過去 10 年のあいだに驚くべきスピードで広がり、社会に深く根付いた流行は現在も拡大を続けている（図 21）。新たに報告された HIV 感染者数は 2000 年以降、毎年増加しており、増加率は 2000 年が 7%、2001 年が 13%、2002 年が 25%である。ウクライナで 10 年前に報告された HIV 感染者数は 183 人だったが、2004 年半ばにはその数は 68,000 人以上になっている。（EuroHIV、2003）把握できるのは当局や検査施設に直接来る人々だけであることを考えると、この数字は実際の数よりもかなり少ないと思われる。

**最も深刻な影響を受けている国々
においてセックスを介して
HIV が拡大している。
それは、
流行がより広範な人口集団に
根付いてきた徴候である。**

ウクライナの流行をみてみると、性感染の増加がますます重要な要素となっていることがわかる。IDU と直接関係のない人が安全でないセックスをすることによって感染が増えているのである。HIV はいまや、セックスのみを介したネットワークのなかで広がっている。2003 年に報告された新たな HIV 感染のほぼ 30%は異性間の性交渉によるものだった。（これは 1997 年の 11%と比べるとほぼ 3 倍になっている）HIV に感染した人々の 40%以上が女性で、そのほとんどが出産年齢のピークを迎える女性だった。

（EuroHIV、2003）また、データによれば、HIV に感染した女性の 60%が 25 歳未満であった。オデッサやミコライエフのような都市部では、産科診療所に通う妊婦の 1%以上が HIV 陽性と診断されている。このような状況を重く見て、母子感染の予防プログラムを拡大しようとかんがりの努力が続けられてきたが、それが実を結び、HIV に感染した母親から生まれる HIV 感染児は 2001 年の 27%から、2003 年には 12%に減少した。

同時に、注射による薬物使用も、とくにウクライナの東部および南部の HIV の流行の重要な要素である。この地域の他の国々と同じように、HIV に感染した IDU の大半（約 80%）は 30 歳未満の若者である。キエフやオデッサ、ドネツクで行われた最近の調査によると、その多く（約 28%）が女性である。また、IDU のあいだで注射器具の使いまわしが広く行われていること、IDU の半数が性的に活発であることが

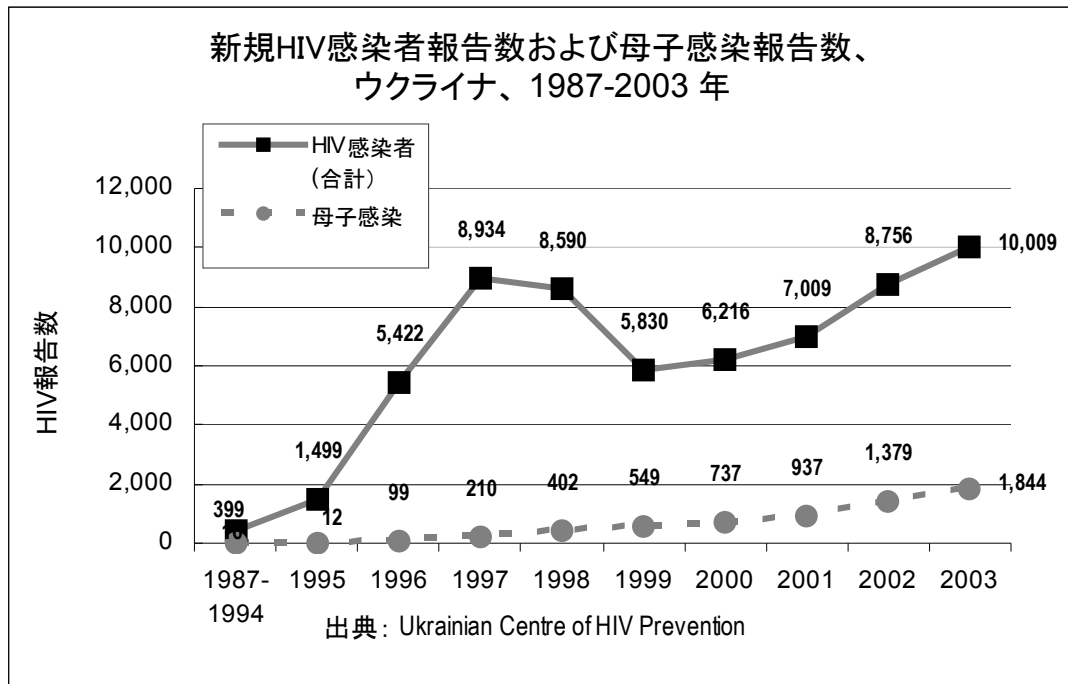


図 21

同じ調査で明らかになった。コンドームの使用は少なく、性的に活発な IDU のうち、過去 1 ヶ月間のセックスでコンドームを使ったのはほんの 3 分の 1 だった。注射による薬物使用と商業目的のセックスを両方とも行っている人々がかなりおり、ドネツクでは薬物注射をしている女性セックスワーカーの 33% が HIV 陽性だった。いくらか勇気付けられるのは、HIV 陽性と知った多くの IDU が禁欲する (40% が過去 1 ヶ月に性交渉を持っていなかった) か、コンドームを使っていたということである (Booth など、2004)。

ウクライナでは、HIV と結核という致命的な組み合わせが深刻な問題になっており、結核の 10 - 15% が複数の薬剤に対する耐性を持っていると推定されている。結核は HIV 感染者の死亡原因の第 1 位である。この事実は、ウクライナで抗 HIV 療法へのアクセスを大規模に拡大する必要性を提示している。現在、ウクライナでは、法律によって全ての人々の治療へのアクセスが保障されているにもかかわらず、抗 HIV 療法を必要としている推定 45,000 人のうち、抗 HIV 療法を受けているのはほんの 500

**ウクライナの流行は拡大を続けている。
感染者の 40% 以上が女性である。**

驚くことに、流行が急速に拡大している国であるにもかかわらず、HIV の拡大につながる要素である男性間のセックスについてはほとんど知られていない。ウクライナの HIV 感染届出制度では、HIV 陽性と診断された人は可能な限り、感染経路を報告することを求められる。1987 年にウクライナで初めて HIV 感染が確認されて以来、男性間のセックスによる感染は 44 しか報告されていない。このように少ないのは不思議で、MSM 間で密かに HIV が拡大しているのではないかという懸念が、にわかに真実味を帯びてきている (EuroHIV、2003)。

人ほどにすぎない。

バルト諸国では、感染者数は少ないままであるにもかかわらず、HIV 感染は早いペースで広がっている。ラトビアでは HIV 感染者の報告数が 2002 年には 2,300 人と、1999 年から 5 倍に増加した。エストニアでは 1999 年には 12 人だった新規 HIV 感染者数が、2003 年には 840 人に激増した。リトアニアでは 2001 年に報告された感染者数が 72 人と、前年に比べて 5 倍増だった。これらの国々では新たに報告される感染者数に占める IDU の割合がいまだに圧倒

的に大きいものの、性感染も徐々に増加している。2003 年半ば現在、5,000 人以上の感染者の届出があるベラルーシと、感染者数が 1,800 人弱のモルドバでは、これらの感染者のほとんどが若い薬物使用者とそのセックス・パートナーだった (EuroHIV, 2003)。モルドバでは通りに立つセックスワーカーの陽性率がほぼ 5%で、10 人に 1 人が薬物注射の経験があった。これは、IDU とセックスワーカー、そしてその客が HIV 感染に関して強いつながりがあることを示すものだといえる (WHO ヨーロッパ地域事務局、2004)。

中央アジアとコーカサス地域では HIV 陽性率は 0.3%未満と低いままだが、HIV 感染者の報告数は増え続けている。とくにウズベキスタンでこの傾向は顕著で、世界で最近流行がはじまった国の一つである。新たな HIV 感染者のほぼ 91%が 2001 年から 2003 年に報告され、

している。キルギスタンでは成人人口の少なくとも 2%が薬物注射を行っている と推定され、今後、HIV が速いスピードで大規模に広がる ことがと予想される。コーカサス地域では、アゼルバイジャンで感染が深刻に拡大していることが新たな調査で明らかになった。首都バクーの街頭で薬物を使用する人々の 4 人に 1 人が HIV に感染しており、街頭に立つセックスワーカーの HIV 陽性率は 11%で、ナイトクラブやサウナで働くセックスワーカーの HIV 陽性率は 6%だった (WHO ヨーロッパ地域事務局、2004)。中央アジアとコーカサス地域における HIV の流行はまだ初期であることから、現在最も HIV 感染のリスクを持つ人々にむけた予防戦略を実施すれば、流行を食い止めることは可能である。

南東ヨーロッパの一部 (とくに紛争と困難な社会状況の変化を経験した国々) では、薬物注射と性的に危険な行動が増加しており、HIV 感

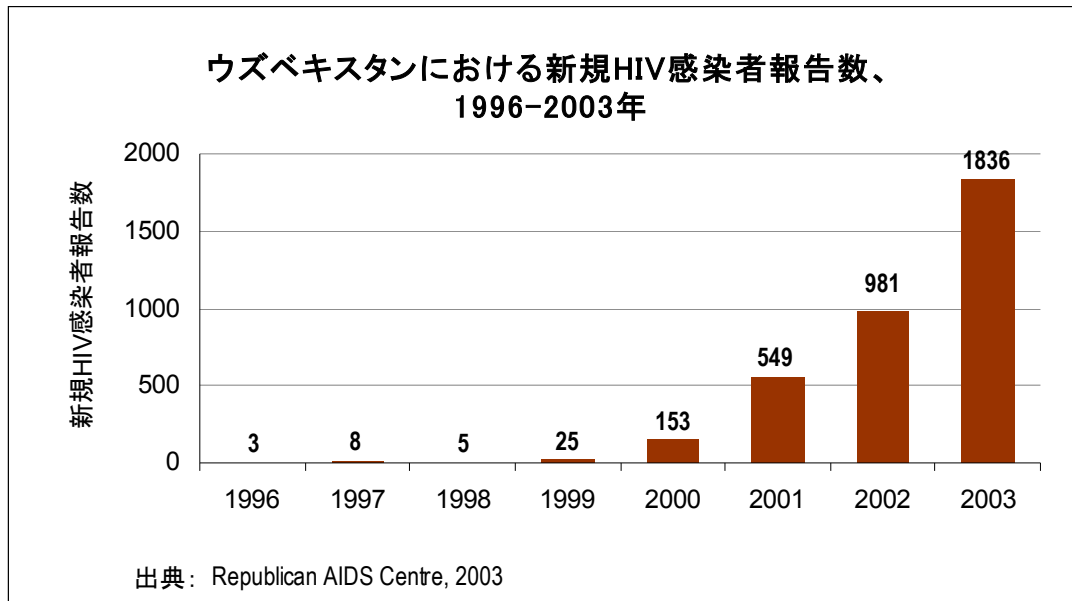
**バルト諸国では、感染者数は少ないままであるにもかかわらず、
HIV 感染は速いペースで広がっている。**

累積数は 2,500 人以上になっている (図 22)。ウズベキスタンでも現在、流行は急速に広がっており、すでに商業目的のセックスが大きな役割を果たしているようだ。HIV とともに生きる女性の割合は 2001 年には 12%強だったが、2003 年には 18%になった。HIV 感染者は全国的に報告されているが、感染者は首都タシケント (全報告数の 48%) と周辺部 (20%) に集中している。カザフスタンでは、2003 年半ばまでに報告された HIV 感染者は 3,600 人強で、2003 年に行われた標識サーベイランスでは HIV 陽性率は IDU で 3.8%、セックスワーカーで 4.6%だった。しかし、MSM に関するデータはない (EuroHIV, 2003)。この地域の HIV とともに生きる人々のうち、カザフスタンに住む人々の割合は 2001 年の 19%から 2003 年には 24%と増加した。HIV 感染は恐ろしいペースで拡大しており、その中心は IDU あるいは商業目的のセックスに従事している若者である。キルギスタンでは IDU が HIV 感染増加の推進力となり、規模は小さいものの流行は拡大している。感染者はオシュ州とチュイ州の二地域 (ジャイルとイシクアタ) 及びビシュケク市に集中

染者の数もそれに伴ってすぐに増加してくるだろうと思われる。ルーマニアの首都ブカレストでは、過去数年間で IDU の数が急増した。2002 年、首都の IDU は推定 30,000 人で、首都の人口の 1%を占めている。4 年前に行われた調査ではその数は 1,000 人ほどに過ぎなかった。IDU の 80%以上が 30 歳未満で、70%以上が失業者である。IDU の推定 60%が消毒していない注射針や注射器を使用しており、40-60%が C 型肝炎に感染していると推定される。しかし、標識サーベイランスでは IDU の HIV 感染数は非常に少ない状態が続いている。

東ヨーロッパと中央アジアで行われている感染者を報告するという現在の制度では、HIV 検査プログラムに参加した人々や集団 (おもに IDU) の状況しか把握できない。結果、当局や検査サービスに参加しない人々のあいだの HIV 感染の状況はほとんどわからないままである。MSM を対象にした調査はまれだが、エカテリンブルグで小規模に行われた調査では、MSM の HIV 陽性率は 5%で、彼らの 3 分の 1

図 22



が女性ともセックスをし、半数はコンドームを使ったことがないということがわかった (WHO ヨーロッパ地域局、2004)。MSM のネットワークは他にも数カ国で報告されており、彼らの性行動に関する調査が散発的に (例えばロシア連邦とウクライナで) 行われているが、無防備なセックスを行う割合は非常に高いことがわかった。東ヨーロッパと中央アジアでも MSM は日常的に差別され、偏見にさらされており、ほとんどの国々で HIV の流行における男性間のセックスの役割は認識されないままになっている。

新たなチャンスと現在の難題

東ヨーロッパや中央アジアでは、一部の指導者がエイズについて声を上げ始めているものの、その行動は遅れている。2004 年後半、ヨーロッパの国々は、2005 年までにヨーロッパと中央アジアにおける万人の治療へのアクセスを保証し、2010 年までに HIV 感染リスクが最も高い人々の 80%が必要な予防サービスへのアクセスや物資を得られると公約した。しかし、調査によると、HIV 予防プログラムがカバーしている範囲はほんのわずかで、セックスワーカーの 10%、

*現在の推測によるとロシア連邦では、
3,000 人以下の感染者しか抗 HIV 薬を受けていない。
また、IDU(注射器による薬物使用者)の
5%以下しかハームリダクションを受けていない。*

IDU の 8%未満、そして MSM の 4%に過ぎない。それでも、市民社会と HIV とともに生きる人々の運動は (とくにルーマニアとウクライナで) 勢いを増しており、能力構築、ネットワーク、パートナーシップ開発を通じたサポートが緊急に必要である。

世界一、HIV 感染が深刻な地域であるにもかかわらず、治療を受けられているのは抗 HIV 療法を必要としている人々の 11%に過ぎず、HIV 陽性の IDU が治療にアクセスできるのはまれか、あるいは不可能である。例外はモルドバとルーマニアで、抗 HIV 療法を必要とする人々のほとんどが治療を受けていると思われる。これに対してウクライナとカザフスタンで治療を受けているのは、抗 HIV 療法を必要とする人々のそれぞれ 13%と 5%未満にすぎない。そして、IDU は代替療法を受けることができない。この地域の抗 HIV 薬の価格は世界で最も

高いうちに入るが、薬価引き下げの可能性は大いにある。東ヨーロッパおよび中央アジアのためのエイズの国際的基金が拡大し、多国籍機関およびその他のドナーによって約 6 億 US ドルが利用できるようになっている。つまり、予防と治療プログラムの大規模な拡大が少なくとも財政面では実現可能である。難しいのは、これらの基金を有効に利用するべく効果的な連携とプログラム管理を行うとともに、プログラムが社会から取り残された人々に届くように、HIV とともに生きる人々の関与を大々的に促すことである。

ラテンアメリカ

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	170 万 [130-220 万]	61 万 [47-79 万]	24 万 [17-43 万]	0.6 [0.5-0.8]	95 000 [73 000-120 000]
2002 年	150 万 [110-200 万]	52 万 [39-69 万]	19 万 [14-32 万]	0.6 [0.4-0.7]	74 000 [58 000-96 000]

グアテマラとホンジュラスのみで国家レベルの HIV 陽性率が 1% を越えている。しかしながらその他の国では、国全体の低い陽性率が特定地域・特定集団における深刻な流行を覆い隠してしまっている。

ラテンアメリカでは、170 万人 (130 万～220 万人) 以上の人々が HIV と共に生きている。2004 年には、約 9 万 5,000 人 (7 万 3,000 人～12 万人) の人々がエイズで死亡し、24 万人 (17 万人～43 万人) が新たに HIV に感染した。15～24 歳の若年層では、2004 年末時点で、女性の 0.5% (0.4～0.9%)、男性の 0.8% (0.6～1.3%) が HIV と共に生きている。

グアテマラとホンジュラスという同地域の 2 つの国では、国家レベルの HIV 陽性率が 1% を越えている。その他の国の国家レベルの陽性率はこれより低いために、特定地域・特定集団における深刻な流行がいくつかの国で進行しているという事実がぼやけてしまっており、とりわけ、ラテンアメリカで HIV と共に生きる人々の 3 分の 1 以上が属するブラジルで、そうした傾向がみられる。

者) の間に広がり、流行形態の多様化が進んだ。現在では、HIV 感染件数の中で異性間のセックスによる感染が占める割合が増えており、特に女性の感染率が高まっている (Marins など、2003 年)。新しいある調査によれば、社会経済的地位が低いことが、サントス及びサンパウロのセックスワーカーの高い陽性率と強い相関を有することが判明している。全体では、セックスワーカーの 7% が HIV 陽性であるが、都市部のスラムで暮らしているセックスワーカーの HIV レベルは 18% に達し、その中でも非識字の女性の陽性率は 23% に達する (Gravato など、2004 年)。国家レベルの妊婦の陽性率は、最近 5 年間にわたり 1% 以下にとどまっているが、地域によっては、かなり高いレベルの陽性率が報告されており、たとえば、産科診療所を定期的に訪れないリオデグランド・ド・スル州の妊婦の陽性率は 3% から 6% となっている。これらの女性のほとんどが非常に低い収入しか

ブラジルにおける流行は広大な国土の全地域に拡散していて、女性への影響が増大するにつれて、その流行形態は一層多様化している。

ブラジルにおける流行は、この広大な国家の全地域に広がっており、流行形態にはいくつかのバリエーションがある。当初は MSM (男性とセックスする男性) 間に広がった流行が、その後、IDU (注射器による薬物使用

なく、教育レベルも低い (UNAIDS/WHO, 2003 年)。ブラジル政府は、全妊婦を招集し、彼女らに抗体検査を実施し、母子間感染を食い止めるためのサービスを提供する他、該当する場合、女性と乳幼児を治療するイニシアチブも創始している。

ブラジルの流行における IDU (注射器による薬物使用) の役割は、過小評価されてはならない。地域によっては、IDU が、エイズ発生件数の少なくとも半数を占めている。いくつかの都市で実施されたハームリダクション (害の緩和) プログラムが、近年における IDU 間の陽性率の急激な低下の要因だとされており、特にサルバドルでは、1996 年の IDU 間の陽性率 50% が、2001 年には 7% まで急落した (ブラジル保健省 STD/AIDS、2001 年)。しかし南部では、IDU は HIV 感

アンデス山脈地域では、セックスを買う男性・男性とセックスする男性の妻・女性パートナーの間で、HIV 流行が拡大している。

染のハイリスクグループであり続けている。ポルト・アレグレの IDU 間の陽性率は、64% に達し、またイタジャイーにおける IDU の陽性率も 31% に達しており、より効果的な予防プログラムが必要であることを示唆している (Caiaffa など、2003 年)。

アルゼンチンにおける HIV は、ブエノスアイレス、コルドバ、サンタフェ州の都市エリアにほぼ集中しており、HIV 感染の 65% が、ブエノスアイレスとその周辺地域で起こっていると推測される (アルゼンチン保健省、2003 年)。しかし、流行形態は変化している。1980 年代、そして 1990 年代のほぼ全期間を通して、HIV 感染は、そのほとんどが男性の IDU により起こっていた。しかし、主に感染した薬物使用者からその女性パートナーへの、さらに MSM 間の性的感染がより顕著となり、性的感染が報告される全エイズ発生件数の 80% に達すると推測される。一方、妊婦の HIV 陽性率は、2002 年で 0.4% であり、HIV と共に生きる人々の男女比は、1988 年の 15 : 1 から 2002 年の 3 : 1 まで狭まっている。大多数の新規感染は、最も貧しく、教育レベルも低い都市部住民の間で発生していると考えられる (アルゼンチン保健省、2003 年 : de los Angels Pando など、2003 年)。特にブエノスアイレスにおける MSM 間の HIV 陽性率が 14% に達していること、さらにテストの結果陽性と判定された男性の 7 名に 1 名しか、自らが陽性であることに気付いていなかったこと (Avilla など、2004 年) などを鑑みると、アルゼンチンにおける MSM に対する予防努力の欠如は懸念される場所である。一方、すべての報告された HIV 発生件数の約 4 分の 3 が首都のモンテヴィデオまたはその

周辺地域で発生しているウルグアイでは、IDU、またはそのセックスパートナーである HIV と共に生きる人々の数が増えているという憂慮すべき状況がある。HIV 発生件数の少なくとも 4 分の 1 は IDU によるものであり、彼らのほぼ半数が、24 歳以下である (Osimani、2003 年)。モンテヴィデオにおける 2002 年の調査では、IDU のほぼ 10% が HIV に感染していることが明らかになっている。特にモンテヴィデオでは、MSM 間で非常に高い陽性率 (21%) が 1 年前に測定さ

れている (米国国勢調査局 - HIV/エイズ動向調査データベース、2003 年)。

最近まで、アンデス山脈地域の流行は、セックスワーカーとその客、そして MSM の間にその大部分がとどまっていた。しかし、ウイルスがこれらの男性たちの妻やガールフレンドに広がるに連れて、こうした状況に変化が生じ始めている。たとえば、ペルーのリマで実施された最近の調査では、HIV 陽性の妊婦の約 90% がその生涯で 1 ~ 2 名の相手としか性交渉を経験していないことが明らかになっている (Alarcon など、2003 年)。つまりこうした女性たちが HIV に感染するリスクは、ほぼ全面的にその男性パートナーの性行動に依存しているのであり、最も高いリスクに曝されているのは、若い女性である (Johnson など、2003 年)。ペルーの 24 都市で行われた全人口を対象にした調査では、18 歳から 29 歳までの男性の 44% が金銭でセックスを買っていると答えている (さらに、彼らの 45% が、セックスワーカーとの性交渉でコンドームを常用していない)。また回答者の 12% が、他の男性とセックスをしていると回答している (彼らの 68% がこうした性交渉においてコンドームを常用していない)。ペルーの都市部で行われたその他の調査でも、MSM の 87% が女性ともセックスをしていることが明らかになっており、性交渉の相手の性別にかかわらず、コンドーム使用率が非常に低いことが確認された他、梅毒やヘルペスなどの性感染症が高い割合で出現していることも判明している (Guanira など、2004 年)。ペルーの MSM 間で近年検知されている一定して高い HIV 陽性率 (2002 年、イキトスで

は12%、同年リマでは22%)を鑑みれば、HIV感染が広範囲に広がっている可能性は大きい(MAP、2003年)。その他のリサーチは、同地域の他所でも、同様のHIV感染パターンが重要な要因である可能性が高いことを示唆している。2003年末時点で推定11万人(4万7,000人~17万人)のHIVと共に生きる人々を有するベネズエラは、同地域で最も大規模な感染が起きている国である。同国では、HIVは安全でないセックスを通じて、主に男性間で起こっており、これらの男性中、かなりの割合の者が女性ともセックスをしている(ベネズエラ保健省、2003年)。

エクアドルにおける流行に関する情報はほとんどないが、地方及び都市地域における行動調査では、若年でのセックスの開始(ある調査では、高校生の43%が性的に活発であるという結果が出ている)、低いコンドーム使用率(ほぼ半数の学生がコンドームを使用したことがない)などの、HIVの感染拡大を助長するいくつかの要因が示されている。実際、最近行われた2つの調査(2002年及び2003年)で、キトとグアヤキルのMSMのHIV陽性率が、それぞれ12%~14%、21%であることが明らかになっている。それと比べて、女性のセックスワーカー間のHIV陽性率は、2%以下とはるかに低い(エクアドル国家エイズプログラム、2002年)。一方、ボリビアにおける流行は、主にセックスワーカーとその顧客、そしてMSMに集中している。今日までに報告されたHIV感染の大部分が、サンタクルーズ、ラ・パスでのものである(Khalsa、Francis&Mazin、2003年)。公認されたセックスワーカー間のHIV陽性率は、約0.5%と

**中央アメリカでは概して、流行は主要都市部に集中しているのだが、
HIV感染数は増加し続けている。**

非常に低い、同国の保健当局は、非公認のセックスワーカー間の感染率は、はるかに高いと考えている。これが事実であるとするならば、成人男性の7%から8%がセックスワーカーを頻繁に利用していると言われている同国においては、懸念材料となる。MSM間のHIV陽性率は、3~5%と推定されている(ボリビア国家エイズプログラム、2004年)。コロンビアにおける流行に関しては、情報がほとんど利用できない。最近のデータによれば、ボゴタの女性セックスワーカー間のHIV陽性率は低い(2001~2002年にかけて

0.7%)だが、MSM間の陽性率は非常に高い(2000年に18%)という結果が出ている(Khalsa、Francis&Mazin、2003)。

流行が依然として大規模な都市部に相当程度集中している中央アメリカでは、HIV感染者数は、いくつかの国(エルサルバドル、ニカラグア、パナマなど)で1990年代後半から増加しているが、HIV陽性率が依然として最も高いのは、グアテマラとホンジュラスである。感染者数では男性が女性を圧倒しており、その比は多くの国で3:1である。

最も深刻な影響を受けているホンジュラスでは、成人の陽性率がほぼ2%に達しており、このことは、6万3,000人(3万5,000人~11万人)の人々が、2003年末時点でHIVと共に生きているということの意味する(UNAIDS、2004年)。ホンジュラスでは、エイズ関連の疾病が、死因の第2位になっていると推定されている。同国における流行は広範囲に広がっており、地域(スーラ溪谷地域など)によっては幅広い住民層に広がり、またセックスワーカーやMSM、他の弱い立場に置かれた人々の集団の間に集中して現れているところもある。2001年には、MSM間の調査により、HIV陽性率13%という結果が報告されている。またそれ以前に行われた調査では、囚人の一部のHIV陽性率が7%、またガリフナ系住民では8.4%に達するという結果もある。(ホンジュラス保健省、2004年)。

この地域では、HIVは、そのほとんどがセックスを通して拡大しており、最も高いレベルのHIV感染が、MSM及び女性セックスワーカー間で見られる。後者においては、HIV陽性率はニカラグア及びパナマの約1%か

ら、ホンジュラスやエルサルバドルの10%以上まで、大きな相違が見られる。ほとんどの中央アメリカ諸国では、ストリートで働くセックスワーカーのHIV陽性率は、売春施設、バー、ホテルなどで働く同業者の2倍に達している(各国保健省、2003年;MAP報告書、2003年)。グアテマラでは、売春施設で働くセックスワーカーとストリートで働くセックスワーカーのHIV陽性率は、それぞれ3.6%と15%になっている。またホンジュラスにおいても同様のHIV陽性率(各々4%と14%)が確認されている(ホンジュラス保健省、

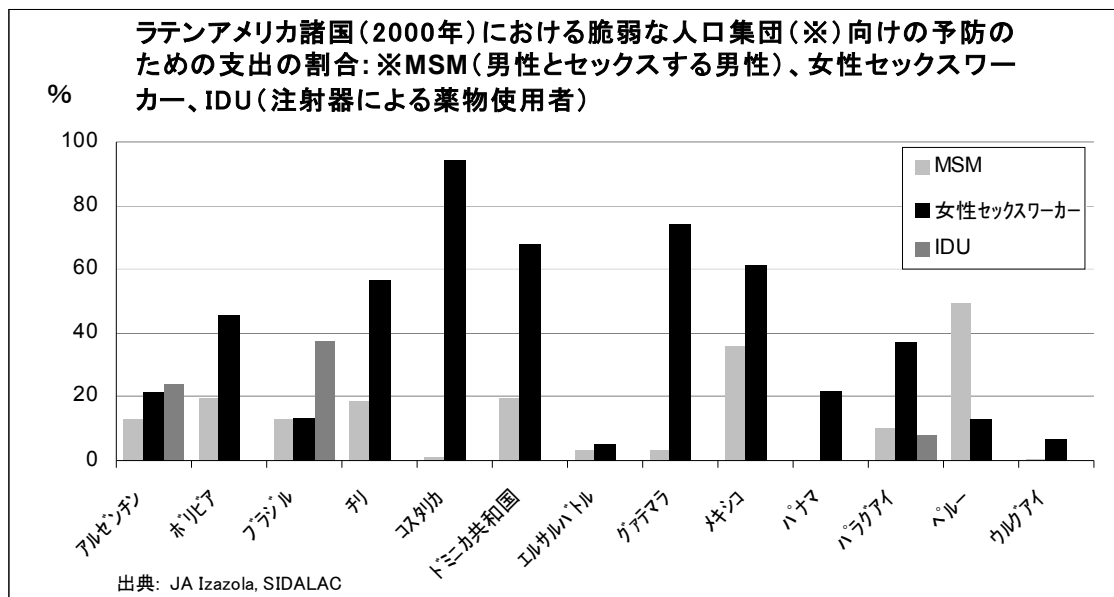


図 23

2003年;グアテマラ公衆衛生省及び社会援護省、2003年)。エルサルバドルでは、16%ものHIV陽性率が、(サンサルバドル及びプエルト・デ・アカジュトラの)ストリートで働くセックスワーカーで観察されている(エルサルバドル公衆衛生省及び社会援護省、2003年)。また囚人にHIV検査が実施されたいくつかのケースでも、高い陽性率(たとえば、ホンジュラスで1990年代後半に行われた調査では7%)が発見されていることも注目に値する。

男性間のセックスは、この地域全体の流行の主要な要因であるが、コスタリカの場合、特にその傾向が顕著である。同国では、1998年～2002年に報告されたエイズ発生件数の半分以上がMSM間で起こったものであり、この中のかかなりの割合の者が女性ともセックスをしている(コスタリカ保健省、2003年)。

予防対策支出における優先項目と、流行の特徴との間に いまだに整合性がない国々もある。

パナマ及びニカラグアのHIV感染の約3分の1は、男性間の無防備なセックスが原因で起こったものであり、MSMを対象にパナマで2002年度に実施された調査では、彼らの約11%がHIVに感染していた(ニカラグア保健省、2004年;パナマ保健省、2004年)。一方で、様々な調査によって、MSMグループのHIV陽性率が他国でも一様に高いことが示されており、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、パナマの9～13%から、エルサ

ルバドルのほぼ18%までに上る。これら中央アメリカ各国では、MSMの中のかかなりの割合の者たちが女性のセックスパートナーを有すると報告している(各国の保健省、2003年)。したがってバイセクシュアルな性行動が、HIVがより広範な国民に広がる重要な媒介となっているものと思われる。同様に、セックスワーカーの客である男性の妻や彼らと定期的に性交渉をもつ女性も、たとえセックスパートナーを1人しか持たなくても、より高いHIV感染のリスクに曝されていることになる。

この地域の北に位置するメキシコでは、成人の国家レベルのHIV陽性率は、1%以下にとどまっているが、地域によって顕著な差異が見られる。バハカリフォルニア、連邦区、キンタナロー、ユカタン半島諸州などでは、陽性率は0.5%前後であるが、イダルゴ、サ

ン・ルイス・ポトシ、サカテカス州などでは、陽性率はそれよりかなり低く平均0.1%である(Bravo-Garcia & Magis, 2004年)。ここ数年間で、IDU間ではるかに高いHIV陽性率が検知されており(最高6%)、MSMにおいても最高15%の陽性率が検知されている。メキシコのエイズ報告記録によれば、全体的にはHIVの異性間感染が近年においては増えている。IDUや男性間のセックス(メキシコでは広範に行われていることが実証されて

いる) などのハイリスクな行動がどの程度、同国の HIV 感染拡大に関与しているかを確定するのは難しい (Minichielloa など、2002)。

しかし、ラテンアメリカの流行形態に相当のバリエーションがあることを見にくくしているのは、共通した問題のあるパターンである。いくつかの国では、予防予算の優先順位付けと、その国の流行の主たる疫学的特徴の間に依然としてミスマッチが見られる。ほとんどの国々は、その予防予算の大部分をセックスワーカーのためのプログラムに向けており、男性間のセックスが地域全体で流行の主たる要因であるという事実が、予防予算に反映されていない – ただし、ペルーは顕著な例外である。この不一致は中央アメリカで最も顕著である。一方、流行において IDU が特に目立つ国々の中では、アルゼンチンとブラジルのみが、予防予算をそうした傾向に応じて優先的に配分していると思われる (図 23

参照)。疫学的及びその他の適切なデータを、各国の実情に応じた HIV 予防プログラムづくりに現在よりはるかに有効に役立てることはできるはずである。

治療においては、ブラジルが、開発途上国の指針であり続けている。同国は、国民健康保険システムを通じて、すべての HIV と共に生きる人々が必要なときに抗 HIV 薬を利用できる体制を維持し続けている。その結果、エイズ患者の生存期間は劇的に長期化している。1995 年にエイズと診断された人々の生存期間 (中央値) は、たった 18 ヶ月だったが、1996 年に診断されたひとびとでは 5 年弱 (58 ヶ月) であると試算した最近の研究もある (Marins など、2003 年)。またエイズの発件数やエイズによる死亡率は、抗 HIV 療法へのアクセスが拡大した後、アルゼンチン、コスタリカ、パナマなどのその他の国でも低下している。

オセアニア

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	35 000 [25 000-48 000]	7 100 [4 100-11 000]	5 000 [2 100-13 000]	0.2 [0.1-0.3]	700 [<1 700]
2002 年	28 000 [22 000-38000]	5 000 [3 000-7 500]	3 200 [1 000-9 600]	0.2 [0.1-0.3]	500 [<1 000]

オセアニア地域では約 35,000 人の人々 (25,000 - 48,000 人) が HIV とともに生きている。2004 年のエイズによる死亡者数は 700 人未満 (1,700 人未満) だが、約 5,000 人 (2,100 - 13,000 人) が新たに HIV に感染したと考えられている。2004 年末現在、15 - 24 歳の若者のうち、女性の 0.2% (0.1 - 0.4%)、男性の 0.2% (0.1 - 0.3%) が HIV に感染していると推計される。

とセックスする男性) を対象とした横断調査では、行きずりの相手との無防備な肛門性交をしたという回答者の割合が増加しており、1998 - 1999 年の調査では 18% だった数字は、今回の調査では 25% に増加した。他の都市での調査も同様の結果を示している。最近の淋病に関する動向調査も MSM の危険な性行動が増加している可能性を示唆するものだった。これは、MSM、とくに若い世代の MSM に向けた予防努力を再び強力に行う必要性を明

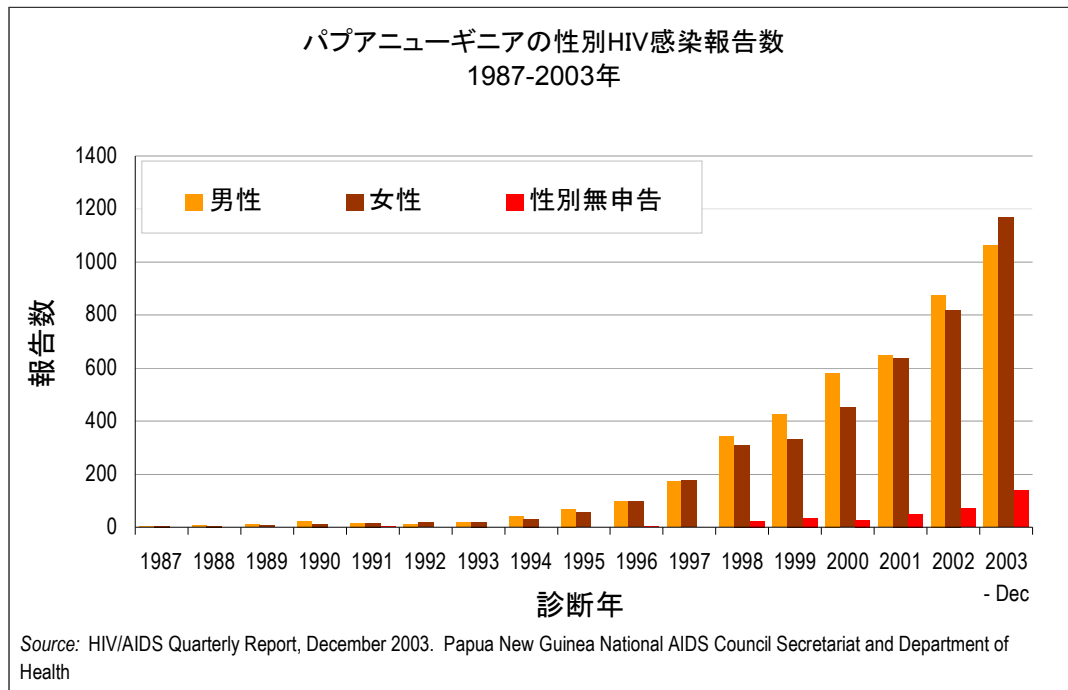
オーストラリアにおいては、MSM (男性とセックスする男性) において感染の可能性が高い性行動が増加している可能性があるので、予防活動を再び強力に行う必要性が強調されている。

オーストラリアで 1 年間に新たに HIV 陽性と診断された人々の数は、1998 年の 650 人から 2002 年には 800 人と徐々に増加している。これらの新たな HIV 感染者のなかで増えつつあるのは、診断の前年に感染した人々の割合である。つまり、新たな HIV 感染の増加は安全でないセックスの復活と関連があると考えられる。年間の女性の HIV 感染者数は比較的横ばい状態を保っているが、異性間の性交渉による感染が HIV 陽性率の高い国、または HIV 陽性率の高い国出身のパートナーを持つ女性のあいだで増加している。ニュージーランドと同様に、オーストラリアの HIV 感染は男性間の性交渉によるものが主であり、2002 年までの 5 年間の新たな HIV 感染者数の 85% 以上を占めている。同期間の IDU (注射器による薬物使用) の感染は 4%、異性間の性交渉による感染は 8.5% となっている。2002 年に行われた、シドニーの MSM (男性

確にするものだといえる (国立 HIV 疫学臨床研究センター、2003 年)。

1993 年以降、オーストラリアの先住民の HIV 感染率は先住民でない人々の感染率と同程度である。しかし、女性と IDU の感染率を比較すると、女性の感染率は先住民が 36%、そうでない人々では 11%、IDU の感染率は先住民が 20%、そうでない人々では 4% と、先住民のほうが高いことがわかる。オーストラリアで HIV とともに生きる約 14,000 人のうち、少なくとも半数は抗 HIV 療法を受けており、これはオーストラリアで HIV の流行が続いていることと、治療へのアクセスが拡大していることを示唆するものである。

図 24



急速に拡大する流行

パプア・ニューギニアは、インドネシアのなかでも最も HIV の流行が著しい州と 1 つの島のなかで隣り合っており、太平洋地域で最も HIV の陽性率が高い国である。成人の推定 0.6% (0.3 - 1.0%)、つまり約 260 万人の成人のおよそ 16,000 人 (7,800 - 28,000 人) が、2003 年末現在、HIV とともに生きている (UNAIDS、2004)。パプア・ニューギ

ニアでは初めて女性の感染数が男性を上回っている (国立エイズ委員会事務局および保健局、2003)。

パプア・ニューギニアの HIV/AIDS 動向調査能力は限られており、早急にその能力を強化することが求められる。入手可能なデータによると、流行の中心は商業目的および行きずりのセックスであり、そのほとんどが異性間の性交渉によるものであることがわかった。

パプア・ニューギニアは、太平洋地域で最も HIV 陽性率が高い国である。

ニアでのこれまでの調査で、年間の新たな HIV の感染者報告数は 1990 年代半ばから次第に増加しており、図 24 (国立エイズ委員会事務局および保健省、2003 年) が示すように、2003 年には 1,000 を超えている。同年、首都ポートモレスビーの産科診療所に通う妊婦の 1.4% が HIV 陽性と診断され、中央高原地帯のラエでは妊婦の 2.5% に HIV 感染が確認された (MAP、2004)。15 - 24 歳の若い女性の HIV 感染者数は、同年代の男性の 2 倍以上だった。また、図 24 に見られるように、

セックスワーカー (性産業従事者) のあいだで高い HIV 陽性率が報告されており、首都ポートモレスビーでは 10% 以上である (国立エイズ委員会事務局および保健局、2003)。

インドネシア側のジャヤプラとメラウケで行われた、若い男女を対象とした最近の世帯調査からは、島全体に HIV の感染が広がっていることがうかがえる。パプア島の 15 - 24 歳の未婚女性は、同世代の男性に比べて 10 倍近く性的に活発であり、インドネシアの他

の地域の同年代の未婚女性と比較しても5倍ほど性的に活発である（インドネシア・青年のリプロダクティブヘルス調査、2004）。これに加えて、性的に活発なパプアの若い女性の29%が少なくとも10歳年上の男性と性交渉を持っているという報告がある。年齢の高い男性ほどHIVに感染している可能性が高いことを考えると、このような世代間の交渉は、より高年齢の人々から若い世代へのウイルスの通り道の役割をしていると言える（MAP、2004）。

危険な兆候

オセアニアのその他の国々のHIV感染レベルは非常に低いようだ。しかし、データは非常に限られている。離島では船員とそのパートナーのHIV感染リスクが最も高いようだ。例えば、キリバスで行われた調査では、船員のHIV陽性率はいまだに0.3%と低いものの、9%がクラミジアに、3%が梅毒にそれぞれ感染していることがわかった（Sullivanなど、2004）。その他の島々でも高いSTI（性

**パプア・ニューギニアでのHIVの流行については不明な点も多いが、
急激なHIV流行を食い止めるためには、
早急な行動が必要であることを現存のデータは強調している。**

流行の中心が商業目的のセックスである場合には、HIVの感染経路は比較的限られている。最もリスクが高いのがセックスワーカー、その客、そしてその客の決まった女性パートナーである。タイの経験から明らかになったように、多くの男性が頻繁にセックスワーカーを訪れるようなところでは、このような事態は深刻な流行を引き起こす。しかし、商業目的のセックスが広く行われ、同時に商業目的でない性交渉の相手を複数持つという傾向が見られるパプア・ニューギニアのようなケースはさらに恐ろしい。というのは、流行がより多くの人々に広がる可能性があるからだ。レイプや性的な攻撃、女性に対するその他の暴力がHIVの広がりを後押ししているようだ。ある調査によると、女性の70%が家庭内暴力を経験しており、他の調査ではその割合はさらに高い（Brouwer, Harris, Tanaka, 1998）。パプア・ニューギニアでのHIVの流行については不明な点も多いが、これから数年間で社会にさまざまな影響を及ぼすと思われるHIVの流行を食い止めるためには、HIV/AIDSの予防対策を早急に進めていく必要がある。

感染症）陽性率が確認された。バヌアツでは妊婦の6%が淋病に、13%が梅毒に感染していることがわかった。同じようにサモアでは、妊婦のあいだでクラミジアとトリコモナスが非常に一般的で、それぞれ陽性率は31%と21%だった。全体では43%の妊婦が少なくとも1つのSTIに感染しており、これはアジア数カ国のセックスワーカーのSTI陽性率と並ぶレベルである。例えば、東チモールでは2003年、セックスワーカーの4分の1が淋病とクラミジアのどちらか、あるいは両方に感染しており、これはカンボジアで2002年に調査されたときと同様の割合である。ベトナムの6省では、2002年の調査でセックスワーカーの4分の1から3分の1が、少なくとも1つのSTIに感染していることがわかった。2003年、インドネシアの6都市のセックスワーカーでは、その割合は42%だった（MAP、2004）。このような状況では、オセアニアの島嶼国のように人口の少ないところで一旦HIVが流行すれば、それは深刻な流行を招くに違いない。STIの感染を減らし、治療を行い、一般人口のエイズに関する知識を高めるような予防戦略が緊急に必要である。

中東・北アフリカ

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 による死者数 (成人・子供)
2004 年	54 万 [23-150 万]	25 万 [8-77 万]	92 000 [34 000-350 000]	0.3 [0.1-0.7]	28 000 [12 000-72 000]
2002 年	43 万 [18-120 万]	20 万 [6.2-62 万]	73 000 [21 000-300 000]	0.2 [0.1-0.6]	20 000 [8 300-53 000]

中東・北アフリカ諸国では、AIDSが一層拡大する余地が大いにある。

HIV が中東及び北アフリカでその存在を増し続けているという懸念は、2004年に9万2,000人(3万4,000人～35万人)の人々がHIVに感染したという最新の推計に由来するものである。これによりこの地域でHIVと共に生きる人々の数は、54万人(23万人～150万人)となった。さらにこの地域で2004年にエイズで死亡した人は、2万8,000人(1万2,000人～7万2,000人)に達した。また15～24歳までの若者の間では、女性の0.3%(0.1～0.8%)、男性の0.1%(0.1～0.3%)が、2004年末でHIVと共に生きている。同地域では、HIVは、商業的なセックス、男性間のセックス、IDU(注射器による薬物使用)などの多様なルートをとどって広がっており、流行がさらに拡大する余地は充分にあると言える。

内戦や人道的な危機で壊滅状態に陥っているスーダンでは、この地域でHIVによる被害が最も深刻な国であり、その流行は、ほとんどが南部に集中している。最新の推計では、成人人口の2%以上が2003年末でHIVと共に生きているとされており、これは同地域でHIVと共に生きる人々の80%以上を占める約40万人(12万人～130万人)に相当する数字である(UNAIDS、2004年)。過去のHIV動向調査データは、国の南部では、HIV陽性率が首都のハルツームと比較し最高8倍に達していることを示している。同国の各地域で紛争が次第に終結すると、人々が通常のパターンの移動や通商を開始するためHIVの拡大が加速化する可能性もある。

紛争の影響は、スーダンの流行に関する最新の情報収集努力を妨害し続けている。HIV関連の情報収集を目的に行われた数少ない調査では、流行状況やHIV感染を助長する一般的行動に関する非常に限られた情報しか得られていない。イエイ地方(ウガンダとの国境近くの最南部に位置する)とルンバク地方(これも南部にある)の町で行われたそうした調査のひとつでは、HIV予防プログラムが緊急に必要なものであるという結論が出されている。たとえば、ルンバク地方では、回答者の約3分の1以上が、この1年に2人以上のセックスパートナーを有しているにもかかわらず、最近一時的な相手とセックスをした際にコンドームを使用したと答えた回答者はわずか2%、さらにコンドームが何かを知っている者がわずか20%であるという結果が明らかになっている(Kaiserなど、2004年)。

その他のほとんどの国々では、流行は依然として初期段階にあり、そのため効果的な予防措置を講じれば、HIVのこれ以上の拡大を防げる可能性は高い。しかし、いくつかの国々では、動向調査データが不適切であり、MSM(男性とセックスをする男性)やIDU(注射器による薬物使用者)などの国民の一部でHIV感染が急増していることが見過ごされている可能性もある。2003年末時点で、1万5,000人(5,000-30,000人)の人々がHIVと共に生きていると推定されるモロッコがその適例と言えるかもしれない(UNAIDS、2004年)。

公式の統計では、HIV は、主に異性間の性的交渉を原因として感染していることが示されており、男性間のセックスや IDU は明らかにより重要ではない要因だとされている。感染者間の男女比は、ほぼ同数である。しかし

その他のほとんどの国々では、流行は依然として初期段階にあり、そのための効果的な予防措置を講じれば、HIV のこれ以上の拡大を防げる可能性は高い。

最近行われた HIV 標識サーベイランスでは、IDU や MSM 間の HIV 感染状況は調査対象となっていない。公式のデータでは、女性のセックスワーカー間の 2003 年の HIV 陽性率は比較的低い (2.3%) とされ、妊婦の間では非常に低い (0.1%) とされている。しかし、囚人間 (そのほとんどが男性) の HIV 陽性率は、0.8% であったことが明らかになっている。新規 HIV 感染件数に関する公式データは、この 10 年間上下しているが、2003 年の年間新規診断数は、2001 年のほぼ 3 倍 (39 件に対して 99 件) に及んでいる。これは、新規感染の増加傾向を反映したものとも言える (モロッコ保健省、2003/2004 年)。

リビアにおける流行は、劇的に増加しており、公式に報告されたリビア国民間の 5,160 件 (2002 年末) の HIV 感染の約 90% が 2000 ~ 2002 年の間のみで起こっている。また、HIV 報告件数の圧倒的多数 (90% 以上) が IDU に起因するものであり、また 2003 年に

いくつかの国の不適切な動向調査のデータは、一定の集団 (MSM・IDU 等) における流行の発生を見逃してしまう可能性を招いてしまう。

トリポリのタジュラ・リハビリセンターで治療を受けている薬物使用者の約 50% が HIV 陽性であった。サハラ砂漠以南の国々からの移民や移住者がエイズ治療を求めるケースも増加してはいるが、患者の大部分はリビア国民である。IDU の大部分が首都のトリポリで行われていると考えられており、一般に好まれるドラッグはヘロインである。1990 年代後半に注射針やシリンジの薬局販売が規制されたため、滅菌処理をしていない注射用具の使用が増加し、HIV 感染のリスクを高めてしまった可能性がある (Tawilah & Ball、2003 年)。現在明らかになっているトレンド

は、IDU を対象にした HIV 予防措置とエイズケアサービスを拡張・統合する必要があることを示唆している。しかしながら大まかに言って、流行の明らかな拡大を食い止めるためには、流行トレンドとパターンのより明確

な把握が不可欠である。残念ながら現在のところは、体系化された HIV 動向調査とエイズデータ収集が不足している (1990 年代後半の保健サービスの地方分権化に伴い)。

チュニジアの流行に関する情報も不完全なものである。しかしながら、最近行われた過去に遡って行われた調査により、チュニスのラブタ病院の HIV 陽性患者の約 84% が IDU であり、一方で安全でないセックスにより HIV に感染した患者も約 11% に達することが明らかになった。しかし、調査対象となった人々の中には、万人を対象にした無料の抗 HIV 療法を求めてチュニジアにやって来たリビア国民が多数含まれている可能性もある (Kilani など、2004 年)。エジプトの首都カイロでは、IDU 間でリスク行動が高い割合で行われており、IDU からそのセックスパートナーに HIV が拡大する可能性が充分にあることが、最近の調査により明らかになっている。半数以上 (55%) が滅菌処理をされて

いない注射器具を前月に用いており、過去に収監された経験がある者の約 4 分の 1 が刑務所にいる間に薬物を注射したと答えている。また IDU の 4 分の 3 が性的に活動的であり、そのほぼ 3 人に 2 人が、コンドームを一度も使用したことがない (Elshimi、Warner-Smith & Aon、2004 年)。

アルジェリア、バーレーン、クウェート、オマーンといった国々における HIV 感染も、IDU が原因となっているが、IDU が流行の広がりには果たす役割が最も顕著な国は、イランである。

イランで流行が始まって以来起こった全 HIV 感染件数の約 15% が 2003 年だけで報告されている (イラン保健省、2004 年)。この感染件数の増加は、動向調査がより広範に行われるようになったことを反映するものでもあるが、それと同時に、主に IDU による流行の広がりが近年になってエスカレートしていることを反映するものであることも、ほぼ確実である。2003 年に標識サーベイランスの検査対象となった IDU の約 4% が HIV 陽性であった。しかしこのサーベイランスが行われた場所以外で検査された IDU 間の陽性率は、この 3 倍以上に達しており、5 人に 1 人の IDU が HIV 陽性であった場所もあった (MAP、2004 年)。

イランにおける流行は、注射により薬物を使用する人々の全体数の劇的な増加の結果として拡大している。イランは、近年、HIV 感染のリスクを高める行動をしている人々の数の推計方法を改善した。2002 年に保健省が発

ている。このような第二波的な感染拡大は、セックスワーカー (及びその顧客) をもリスクに曝す可能性がある。同地域の他所と同じく、イランのセックスワーカーも、HIV 感染を回避する手段に乏しい。イランのケルマーンシャーという都市のセックスワーカーを対象にしたある調査では、ほぼ全員のセックスワーカーがコンドームについて知っているが、使用したことがある者は、50% に止まっていた (MAP、2004 年)。イランのセックスワーカーとその顧客双方が、コンドームの価格が高いことを、その使用を避ける理由に挙げている。

一方で、イエメンでは、流行は、性産業に集中しているように思われる (Jenkins & Robalino、2003 年)。2004 年にアルジェリアの数箇所で行われた標識サーベイランスでは、妊婦の HIV 陽性率がティジ・オウゾウ、タマンラセット、オランで 0.2% から 0.5% に達しているという結果が出ている。タマンラ

*社会的に弱い立場に置かれた集団が経験している
偏見と制度的な差別を除去するための方策はきわめて稀であり、
また流行に関する一般の認知を深める教育や広報活動も
ほとんど行われていない。*

表した薬物使用に関する疫学的調査結果によれば、IDU 人口は年間 5% から 10% の率で増加している可能性があるとされている (MAP、2004 年)。2003 年には、同国で 20 万人もの IDU が存在した可能性がある (Jenkins & Robalino、2003 年)。一方で IDU による HIV 感染の可能性を抑止しようとする動きも出てきた。同地域のその他の国々とは対照的に、イランは薬局の店頭で注射針やシリンジを購入可能にしており、この方策によって、滅菌処理をしていない注射針の使用が半数近く減るのではないかと示唆する報告もある。

IDU からそのセックスパートナーに HIV が感染する相当なリスクもあるため、イランでは、HIV が性交渉を通じて広がる可能性を抑止する予防プログラムを強化することが求められる。ある調査によれば、IDU の約半数が既婚者であり、調査対象となった IDU の 3 分の 1 が婚外性交渉を持っていると報告しており、感染がさらに広がる可能性を示唆し

セットとオランの 2 箇所においては、性感染症患者の 2% が HIV 陽性であり、また、タマンラセットで検査を受けた 70 名のセックスワーカーの 9% が HIV 陽性であった (Institut de Formation Paramedicale de Parnet、2004 年)。4 年前に検査が行われた際には、タマンラセットのセックスワーカーの中で HIV 陽性であったのは、わずか 1.7% であったことは注目に値する (Fares など、2004 年)。この地域ではアルジェリア及び他所においても、HIV 感染のパターンについての、また流行の中でセックスワーカーが担っている役割についてのより詳細な情報が必要とされる。また、同じことが、強い偏見の眼で見られている男性間のセックスについても言える。この形態の行動について、さらには諸国の流行において男性間のセックスが担っている役割についての情報は、稀少である。しかし実施された調査は、MSM 間の、または MSM からそれ以外の人々への流行の可能性が非常に高いことを示している。エジプトのカイロで最

UNAIDS/WHO

近実施された一部のMSMを対象にした調査では、HIV陽性率は1%強と低いものの、リスクの高い行動が一般的であることが判明している。男性の多く、特に24歳以下の男性は、複数の性交渉の相手を有すると答えており、全体では男性の19%のみが、コンドームを常に使っていると述べている。またコンドームの存在すら知らない者もいた。コンドーム使用率が低いこと及び、比較的年齢が上の男性(25歳以上)の約4分の3が女性の性交渉相手も有していることから、HIV感染がより幅広い層に広がる可能性は相当高いと考えられる(El-Rahman、2004年)。

HIVの流行を初期段階で食い止めるには、効果的な予防策がこの地域全体で必要とされる。そして、有効な予防介入策は、流行パターン及びトレンドに関する体系的で信頼のおける情報に依存している。しかし、予防策および情報収集の双方の実施において、多くの国々が、あまりにも「動きが遅い」というのが実情である。コンドームの使用を奨励するような基本的な方策でさえも、この地域ではほとんど不在である。社会的に弱い立場に置かれた集団が経験している偏見と制度的な差別を除去するための方策もきわめて稀である。また、流行に関する一般人口の認知を深める教育や広報活動もほとんど行われていない。

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十分な証拠がある。

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り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

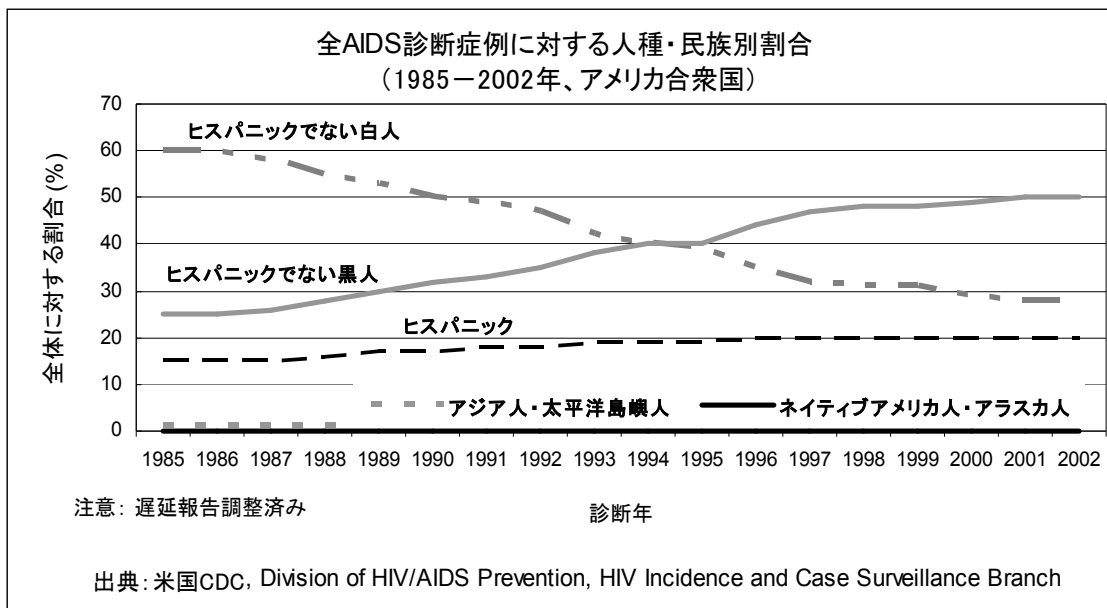


図 25

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(McMahon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

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。

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、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。

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ア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

**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。**

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間の感染がいく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

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、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、ロッテルダムで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り合いに大きな割合を占めるようになってきている。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 薬に対する耐性ウイ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。

地図

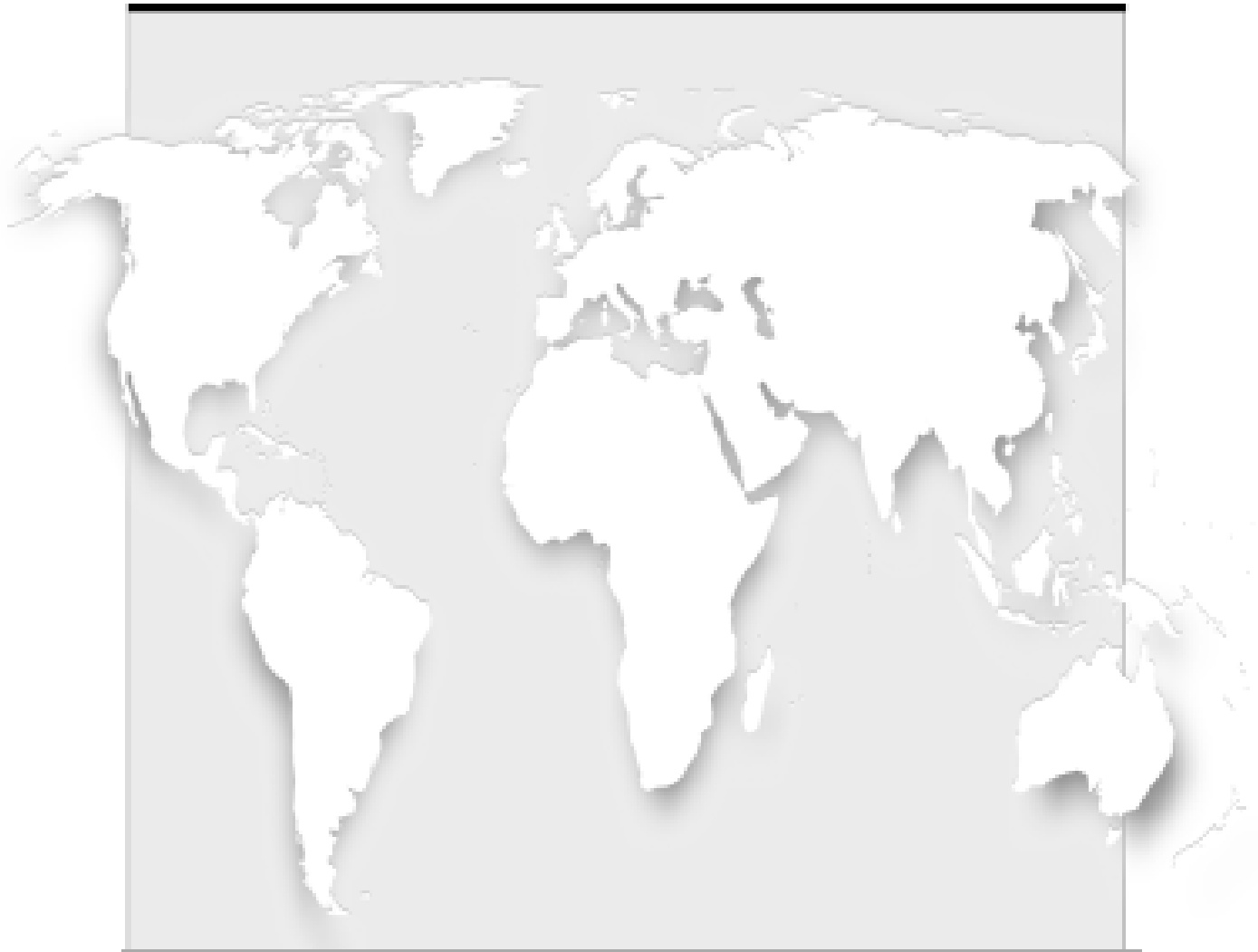
HIVに関する推計総数（成人・子供）、2004 年末現在

HIV 感染者（成人・子供）推計総数、2004 年末現在

2004 年における新規 HIV 感染者（成人・子供）推計総数

2004 年における AIDS による死亡者（成人・子供）推計総数

HIVに関する推計総数(成人・子供) 2004年末現在



HIV感染者数3,940万人 (3,590-4,430万人)

2004年の新規HIV感染者数490万人 (430-640万人)

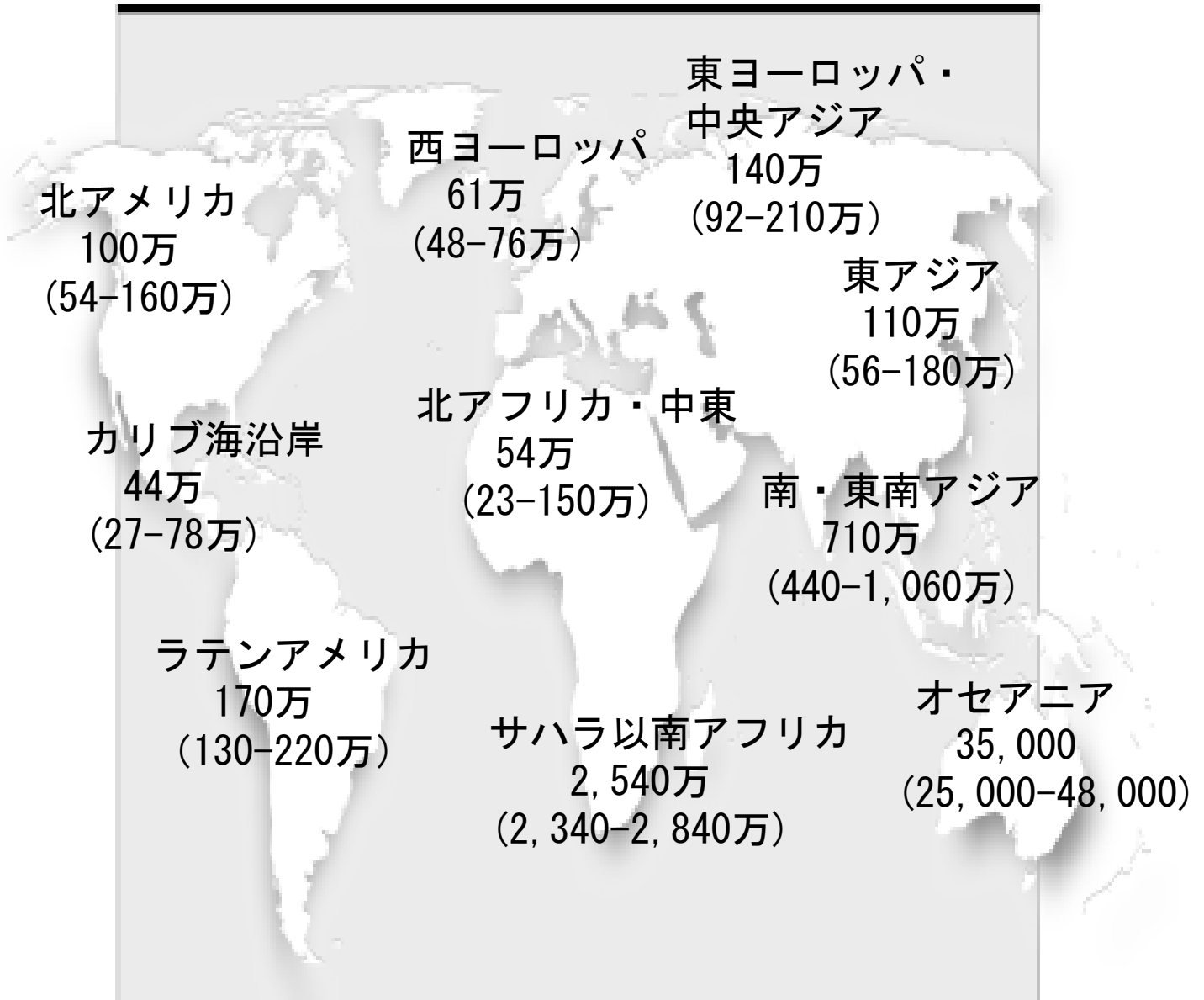
2004年のAIDSによる死亡者数.....310万人 (280-350万人)

推計値の右側の()内の範囲に実際の数値が存在する。
推計値・範囲は入手可能な最良の情報を基にして算出されている。



AIDS epidemic update: December 2004

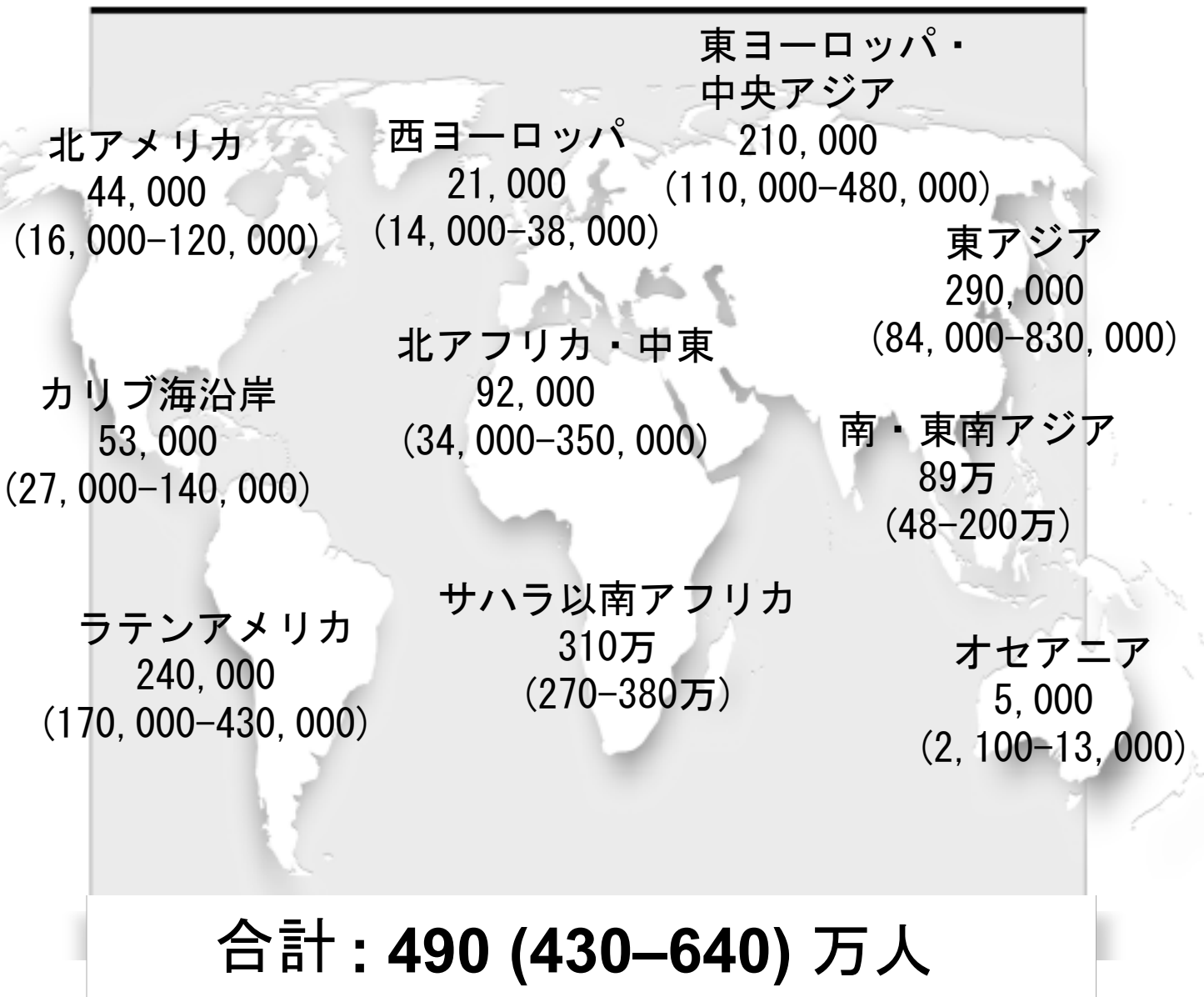
HIV感染者(成人・子供)推計総数 2004年末現在



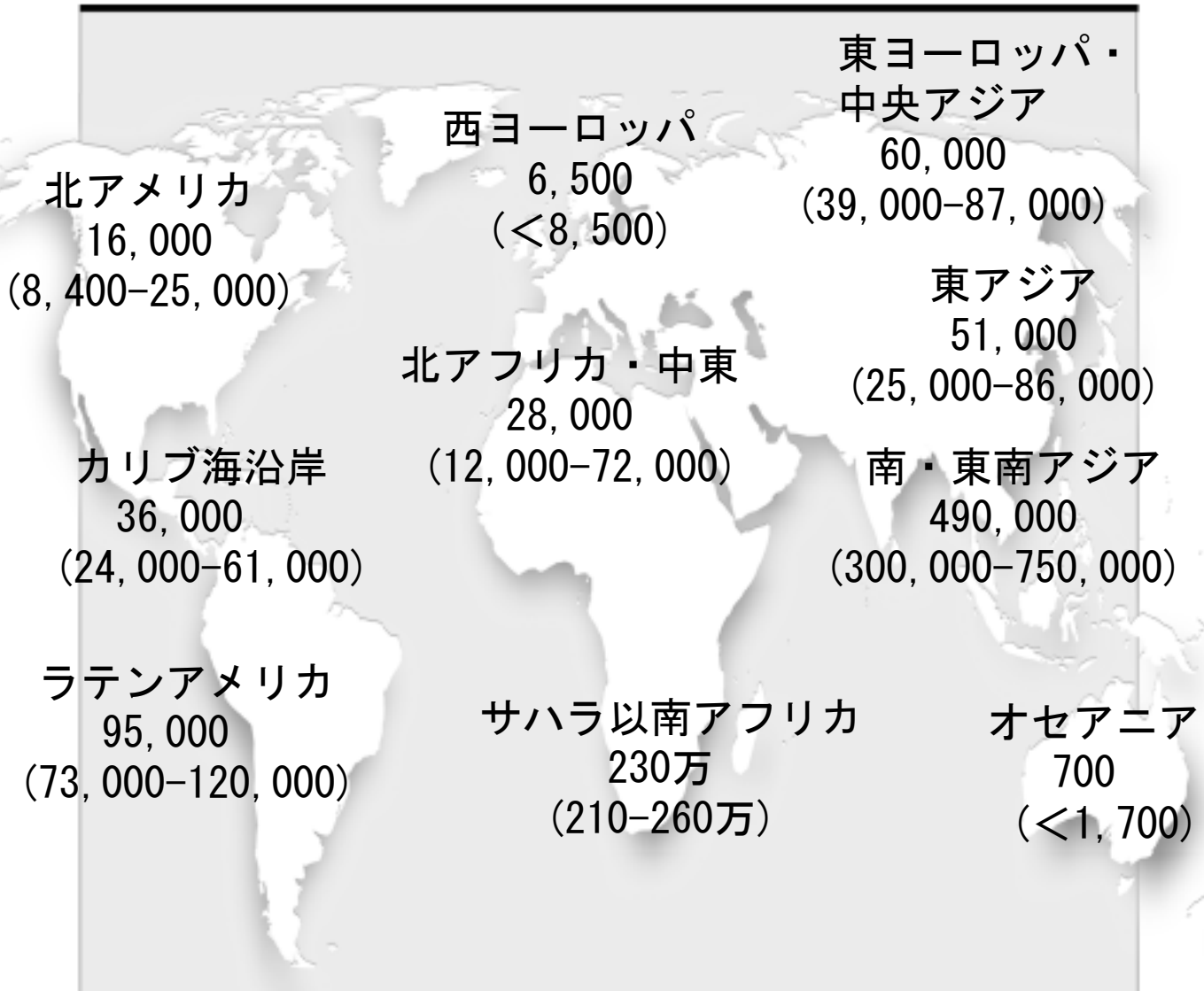
合計 : 3,940 (3,590-4,430) 万人



2004年における 新規HIV感染者(成人・子供)推計総数



2004年における AIDSによる死亡者(成人・子供)推計総数



合計 : 310 (280-350) 万人



文獻目錄

INTRODUCTION

POLICY Project, USAID, UNAIDS, UNICEF (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle-income countries in 2003. Washington DC, POLICY Project.

UNAIDS (2004). 2004 Report on the global AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS.

WHO (2004). Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS: Scaling up treatment and Accelerating Prevention. Geneva, WHO. July.

WOMEN AND AIDS

Access Working Group (2002). Preparing for Microbicide Access and Use: A Report by the Access Working Group of the Microbicide Initiative. New York, Rockefeller Foundation.

Bracher M, Santow G, Watkins S (2003). Moving and marrying. Demographic Research. Special Collection 1. Article 7. September. Available at <http://www.demographic-research.org/special/17/s1-7.pdf>.

Buve A, Bishikwabo-Nzarhaza K, Mutangadura G (2002). The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. Lancet, 359:2011-2017.

Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, Malamba SS, Whitworth JAG (1999). Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. AIDS, 13:1083-1089.

Cates W (2004). The staying power of sexually transmitted diseases. Lancet, 354(Suppl. 4):S2.

Clark S (2004). Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa. Studies in Family Planning, 35(3):149-160.

Cohen J (2004). Till death do us part. Science, 304:513. 23 April.

Demographic and health survey 1998: national report. Pretoria, Department of Health, South Africa, 1998.

Drimie, S (2002). The Impact of HIV/AIDS on Land: Case studies from Kenya, Lesotho and South Africa. Synthesis report prepared for the FAO Southern Africa Regional Office. Pretoria, Human Sciences Research Council.

Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. Lancet, 363:1415-1421.

Federal Ministry of Health Nigeria (2003). National HIV Sero-prevalence Sentinel Survey Technical Report. Abuja, Federal Ministry of Health. April.

Garcia-Moreno C, Watts C (2000). Violence against women: its importance for HIV/AIDS. AIDS, 14(suppl 3):S253-265.

Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, MEASURE DHS+ (2004). Ghana Demographic and Health Survey 2003. Preliminary Report. Accra, Ghana Statistical Service.

Gilbert L, Walker L (2002). Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities—a South African case study. Social Science & Medicine, 54:1093-1110.

Glynn, JR et al. (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. AIDS, 15(Suppl. 4):S51-60.

Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. Lancet, 359:1896-1903.

Gupta, GR (2002). How men's power over women fuels the HIV epidemic. British Medical Journal, 324:183-184.

Hallman, K (2004). Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviours among young women and men in South Africa. Policy research working paper No. 190. New York, Population Council. Available at <http://www.popcouncil.org/publications/wpr/prd/190.html>

Halperin DT, Epstein H (2004). Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. Lancet, 364:4-6. 3 July.

HelpAge International (2004). Age and security: How social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families. London, HelpAge International.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). Ending violence against women. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December.

Human Rights Watch (2003a). Double standards: women's property rights violations in Kenya. New York, Human Rights Watch.

Human Rights Watch (2003b). Just Die Slowly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda. New York, Human Rights Watch.

Human Rights Watch (2001). Scared At School: Sexual Violence Against Girls in South African Schools. New York, Human Rights Watch.

Hunter M. (2002). The materiality of everyday sex: thinking beyond "prostitution". African Studies, 61(1):99-120.

Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet, 359:1423-1429.

Jewkes R, Wood K (2002). Dangerous Love: Reflection on Violence among Xhosa Township Youth. In: Morrell R, ed. Changing Men in Southern Africa. Pietermaritzburg, University of Natal Press.

Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. Social Science and Medicine, 55(9):1603-1617.

- Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin LEA (1999). *He Must Give Me Money, He Mustn't Beat Me: Violence against Women in Three South African Provinces*. Pretoria, Medical Research Council.
- Jewkes R, Vundule C, Maforah FEA (2001). Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science & Medicine*, 52(5):733-44.
- Kaori I (2004). Women's Land/Property Rights and Livelihood in the Context of HIV/AIDS – an Emergency and Opportunity to Change. Concept Paper. Rome, FAO.
- Kelly RJ et al. (2003). Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32:446-451.
- Khan ME, Townsend J, Sinha R, Lakhanpal S (2004). *Sexual violence within marriage*. Vadodara, Centre for Operations Research and Training.
- Kishor S, Johnson K (2004). *Domestic violence in nine developing countries: A comparative study*. Calverton, MACRO International.
- Krantz G (2003). Domestic violence against women—a population based study in Vietnam. In: Centre for Health Equity Studies SUKI, ed. Stockholm.
- Luke N, Kurz KM (2002). *Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa: Prevalence of behaviour and implications for negotiating safer sex practices*. September. Washington, AIDSmark. Available at www.icrw.org/docs/crossgenssex_Report_902pdf
- Maman S et al. (2002). HIV-1 Positive Women Report More Lifetime Experiences with Violence: Findings from a Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92:1331-1337.
- Martin S, Curtis S (2004). Gender-based violence and HIV/AIDS: recognizing links and acting on evidence. *Lancet*, 363:1410-11.
- Martin S, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R (1999). Domestic violence in Northern India. *American Journal of Epidemiology*, 150:417-426.
- Measure DHS, Central Statistical Office, Central Board of Health (2002). *Zambia Demographic and Health Survey 2001/2002*. Lusaka.
- Measure DHS, National Council for Population and Development (1993 & 1998). *Kenya Demographic and Health Surveys*, Washington DC, Measure DHS, National Council for Population and Development.
- Ministère de la Santé Burkina Faso (2003). *Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2003*. Ouagadougou, Ministère de Santé.
- Mutangadura G (2000). Household Welfare Impacts of Mortality of Adult Females in Zimbabwe: Implications for Policy and Programme Development. Paper presented at the AIDS and Economics Symposium. Durban, IAEC Network. July.
- Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. Desk review draft. Washington DC, International Center for Research on Women.
- Preston-Whyte E et al. (2000). Survival Sex and HIV/AIDS in an African City. In: Parker RG et al. (2000). *Framing the sexual subject - The Politics of Gender, Sexuality and Power*. San Francisco, University of California.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Rugalema G (1999). Adult Mortality as Entitlement Failure: AIDS and the Crisis of Rural Livelihoods in a Tanzanian Village. PhD thesis. The Hague, Institute of Social Studies.
- Russian Federal AIDS Center (2004). Newsletter No. 26. Moscow. August.
- Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Cape Town, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. October.
- Stephenson J, Obasi A (2004). HIV risk-reduction in adolescents. *Lancet*, 363:1177.
- Strickland R (2004). *To Have and to Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Working paper. Washington, International Center for Research on Women.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020*. Bangkok. March.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS, UNIFEM, UNFPA (2004). *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. New York, UNFPA.UNICEF (2003a). *Finding Our Voices, Gendered & Sexual Identities and HIV/AIDS in Education*. Nairobi, UNICEF.
- UNICEF (2003a). *Finding Our Voices, Gendered & Sexual Identities and HIV/AIDS in Education*. Nairobi, UNICEF.
- UNICEF (2003b). *The State of the World's Children 2004*. New York, UNICEF.
- UNICEF, Ministry of Local Government Botswana (2003). *Situation Analysis on Orphans and Vulnerable Children*. Francistown, UNICEF, Ministry of Local Government Botswana.
- UNICEF, UNAIDS (2003). *Africa's orphaned generations*. New York, UNICEF.
- UN Secretary General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa (2004). *Facing the Future Together: Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*. New York.
- Van der Straten A et al. (1998). Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9:935-944.

WHO (forthcoming 2005). *WHO Multi-Country Study on Domestic Violence Against Women and Women's Health - Report on the first results*. Geneva, WHO.

WHO (2004). *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS--Scaling up treatment and accelerating prevention: WHO HIV/AIDS Plan (January 2004-December 2005)*. Geneva, WHO.

WHO (2003). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: expert consultation. Geneva, WHO/International Center for Research on Women (ICRW). 3-5 June 2002. Available at http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/Gender_hivaidreviewpaper.pdf

WHO Regional Office for Africa (2003). *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002*. Harare, WHO Regional Office for Africa. September.

Women and Law in Southern Africa Research Trust (1998). *Family in Transition: the experience of Swaziland*. Manzini, Women and Law in Southern Africa Research Trust.

Zambia Central Statistical Office, Zambia Central Board of Health, ORC Macro (2003). *Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002*. Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Office, Central Board of Health, and ORC Macro.

Zierler S, Krieger N (1997). Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18:401-436.

Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, Zimbabwe National Family Planning Council, Zimbabwe National AIDS Council, US Centers for Disease Control and Prevention (2003). *The Zimbabwe Young Adult Survey (YAS) 2001-2002*. Harare.

SUB-SAHARAN AFRICA

Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T (2004). HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40.

Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*, 94(4):278-279.

Chitate D, Muvandi I (2004). The demographic impact of sustained high levels of HIV prevalence in Zimbabwe. XV International AIDS Conference. Abstract ThPeE7934. Bangkok. 11-16 July.

Cote et al. (2004). Transactional sex is the driving force of the HIV epidemic in Accra, Ghana. *AIDS*, 18(6):917-925.

Evian C et al. (2004). Prevalence of HIV in workforces in southern Africa, 2000-2001. *South African Medical Journal*, 94(2):125-130.

Federal Ministry of Health Nigeria (2004). *Technical Report on the 2003 National HIV/Syphilis Sentinel Survey among Pregnant Women attending Antenatal Clinics in Nigeria*. Abuja, Nigeria, Federal Ministry of Health. April.

Hosegood V, Vanneste A-M, Timaeus IM (2004). Levels and causes of adult mortality in rural South Africa: the impact of AIDS. *AIDS*, 18(4):663-671.

Jordan-Harder B et al. (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.

Meehan A et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV in Zimbabwean and South African women. XV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3468. Bangkok. 11-16 July.

Ministère de la Santé République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections à VIH Rapport d'analyse provisoire*. Brazzaville, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé République démocratique du Congo (2004). *Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, Mai 2003 à Mai 2004*. Kinshasha, Ministère de la Santé. Juin.

Ministère de la Santé Madagascar (2003). *Etude combinée des séroprévalences de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes à Madagascar*. Antananarivo, Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Lomé, Ministère de la Santé. Février.

Ministry of Health Eritrea (2004). *HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance*. Asmara, Ministry of Health.

Ministry of Health South Africa (2004). *National HIV and Syphilis Antenatal Sero-prevalence Survey in South Africa*. Pretoria, Ministry of Health.

Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, US Centers for Disease Control and Prevention, UNAIDS (2004). *Zimbabwe National HIV and AIDS Estimates 2003*. Harare, Ministry of Health.

Montana LS et al. (2004). Estimating district-level HIV prevalence in Malawi. XV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3649. Bangkok. 11-16 July.

Mwaluko G et al. (2003). Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania, 1994-2000. *AIDS*, 17(18):2645-2651.

Nagot N et al. (2004). Review of STI and HIV epidemiological data from 1990 to 2001 in urban Burkina Faso: implications for STI and HIV control. *Sexually Transmitted Infections*, 80:124-129.

Notkola V, Timaeus IM, Siiskonen H (2004). Impact on mortality of the AIDS epidemic in northern Namibia assessed using parish registers. *AIDS*, 18(7):1061-1065.

Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.

Sanda TA et al. (2004). First national epidemiological survey of STD and HIV infection among female sexual workers in 3 regions of Niger in 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6244. Bangkok. 11-16 July.

Sonnenberg P et al., 2004. HIV and pulmonary tuberculosis: the impact goes beyond those infected with HIV. *AIDS*, 18(4):657-662.

UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS/WHO. 2004. Epidemiological Fact Sheet—2004 update: Senegal. Geneva, UNAIDS/WHO.

UNDP, 2004. *Human Development Report 2004*. New York, UNDP.

CARIBBEAN

Caribbean Epidemiology Centre (CAREC)/PAHO/WHO (2004). Status and Trends, Analysis of the Caribbean HIV/AIDS Epidemic 1982-2002. Caribbean Epidemiology Centre/PAHO/WHO, Trinidad and Tobago. Available at <http://www.carec.org/pdf/20-years-aids-caribbean.pdf>.

Caribbean Epidemiology Centre (2004). Quarterly AIDS Surveillance Reports submitted to CAREC's Epidemiology Division. Port of Spain, CAREC. May.

Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2004). *Status and Trends Analysis of the Caribbean HIV/AIDS Epidemic 1982-2002*. Port of Spain, CAREC.

Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—An update*. Port of Spain, CAREC. December.

Caribbean Epidemiology Centre (2003). The Caribbean HIV/AIDS Epidemic Epidemiological Status—Success Stories: A Summary. *CAREC Surveillance Report*, 23 (Supplement 1). October.

Department of Public Health The Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Department of Public Health.

Kumar A, Singh B (2004). Impact of the AIDS Prevention Program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. XV International AIDS Conference. Abstract ThPeC2782. Bangkok. 11-16 July.

Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti et al. (2004). *Etude de sero surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti 2003/2004*. Port-au-prince, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Juillet.

Ministry of Health Jamaica (2003). *Surveillance Report 2001-2002*. Kingston, Ministry of Health.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.

Norman LR, Uche C (2002). Prevalence and Determinants of Sexually Transmitted Diseases: An analysis of young Jamaican males. *Sexually Transmitted Diseases*, (29)3:126-132. March.

Palmer CJ et al. (2002). HIV Prevalence in a Gold Mining Camp in the Amazon Region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*, (8)3. March. Available at <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no3/01-0261.htm>

Stanecki, K. (2004). *The AIDS Pandemic in the 21st Century*. Washington, USAID, US Census Bureau. March.

St John MA et al., (2003). Efficacy of Nevirapine Administration on Mother-to-Child Transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl 3):1-87.

UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

ASIA

AIDS Prevention and Control Project (2003). HIV Risk behaviour surveillance survey in Tamil Nadu Wave VII. Chennai.

Brown T (2004). Tackling the HIV/AIDS Epidemic in Asia. *Asia-Pacific Population & Policy* No. 68. January.

China National Center for AIDS/STD Control and Prevention (2004). *A needle social marketing intervention programme in Guangdong and Guangxi province*. Beijing, China Center for Disease Control.

China National Center for AIDS/STD Control and Prevention (2003). *Questionnaire survey of injection drug users in a compulsory detoxification center and non-treatment locations in Beijing*. Beijing. World Health Organization.

Choi K-H et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-2126.

Douthwaite M (2003). Reproductive Health Risk Young Men's Sexual Behaviour in Cambodia: Evidence that Safe Sex Messages are Getting Through. 2nd Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health, Bangkok, Centre for Health Policy Studies, Mahidol University.

Go VF et al. (2004). High HIV Prevalence and Risk Behaviours in Men Who Have Sex with Men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(3):314-9. 1 March.

Indonesia Central Bureau of Statistics, MACRO International (2004). Indonesia Young Adults Reproductive Health Survey. Jakarta, BPS.

- Johnston P et al. (2004). Changing patterns of HIV prevalence among injection drug users: early evidence from a cross-border HIV prevention project in Ning Ming County (Guangxi), China and Lang Son Province, Vietnam. XV International AIDS Conference Abstract WePeC6045. Bangkok. 11-16 July.
- Kato K et al. (2001). Closely related HIV-1 prevalence in STD clinic attendees in Delhi, India: 5-year (1995-2000) hospital-based study results. *Sexually Transmitted Infections*, 77(5):393.
- Lao People's Democratic Republic National Committee for the Control of AIDS Bureau (2001). *HIV Surveillance Survey and Sexually Transmitted Infection Periodic Prevalence Survey*. Lao People's Democratic Republic, Lao PDR HIV/AIDS Trust.
- Ministry of Health China, UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2003). *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China*. Beijing, China Ministry of Health, UN Theme Group on HIV/AIDS in China.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.
- National AIDS Control Organization (NACO) (2002). *National Baseline High Risk and Bridge Population Behavioural Surveillance Survey Part II Men who have Sex with Men and Injecting Drug users*. Delhi, NACO.
- Navaratnam V, Vicknasingham B (2003). *Survey of drug users in Penang and the Northern Province Wellesley district*. Penang, Universiti Sains Malaysia.
- Philippines Department of Health (2002). *The 2002 technical report of the national HIV/AIDS sentinel surveillance system (1997-2003)*. Manila, AIDS Surveillance and Education Project.
- Pisani E, Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Dili, East Timor, Family Health International.
- Pisani E et al. (2003). Sexual behaviour among injecting drug users in 3 Indonesia carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(4):403-6.
- Ruxrungtham K, Brown T, Phanuphak P (2004). HIV/AIDS in Asia. *Lancet*, 364:69-82.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, Memon A (2004). An outbreak of HIV infection among injection drug users in a small town in Pakistan: potential for national implications. *International Journal of STD & AIDS*, 15(3):209-210.
- Shengli C, Shikun Z, Westley SB (2004). HIV/AIDS Awareness Is Improving in China. *Asia-Pacific Population & Policy*, 69:1-5.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020*. Bangkok. March.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS/WHO (2003). *AIDS Epidemic Update 2003*. Geneva, UNAIDS/WHO.
- UNDP (2004). *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*. Bangkok, UNDP.
- Van Griensven F et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV infection among men who have sex with men in Bangkok. XV International AIDS Conference Abstract WePpC2068. Bangkok. 11-16 July.
- Vonthanak S, Parekh B (2004). *BED-Capture EIA: A subtype-independent, second-generation assay for HIV-1 incidence estimation. New Strategies for HIV/AIDS Surveillance in Resource-Constrained Countries*. Paper. Addis Ababa, Ethiopia.
- Yu XF et al. (1999). Emerging HIV infections with distinct subtypes of HIV-1 infection among injection drug users from geographically separate locations in Guangxi Province, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 22(2):180-8.
- Zang K-L, Ma S-j, Xia D-y (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.

EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA

-
- AIDS Foundation East-West (2004). Officially Registered HIV Cases by Region of the Russian Federation, 1 January 1987 through 22 March 2004. AIDS Foundation East-West.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(1):82-88.
- EuroHIV (2004). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. End-year report 70. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- EuroHIV (2003). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 69. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Federal Service of the Russian Federation for Surveillance in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2004
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A, Suharsky D (2002). Peculiarities of HIV infection among intravenous drug users in Mirninsk district, Yakut area. 4th European AIDS Conference, Vilnius, Lithuania.
- Kelly JA et al. (2002). HIV risk characteristics and prevention needs in a community sample of bisexual men in St. Petersburg, Russia. *AIDS Care*, 14:63-76.
- Klavs I, Poljak M (2003). Unlinked monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high- and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. *Croatian Medical Journal*, 44:545-9.
- Lowndes, C. M. et al. (2002). *Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour*. XIV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3501. Barcelona.
- Max Planck Institute for Foreign and International Law (2000). *Illegal drug trade in Russia*. Freiburg, Max Planck Institute.

Moshkovich GF et al. (2000). Prevention of HIV infection and other blood borne infections amongst injecting drug users in Nizhny Novgorod associated with harm reduction. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*, (4):78-82 (Original in Russian).

Republican AIDS Centre (2004). *Results of 2003 Sentinel Epidemiological Surveillance for HIV among Sex Workers in Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.

Republican AIDS Centre (2001). *Behavioural Survey among Injecting Drug Users in Nine Cities of Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.

Rhodes T et al. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.

Rhodes T et al. (2002). Behavioural factors in HIV transmission in eastern Europe and central Asia. Unpublished paper, UNAIDS, Geneva.

Russian Federal AIDS Center (2004). Newsletter 26. Moscow, Russian Federal AIDS Center. August.

Smolskaya T et al. (2004a). *Sentinel sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003*. XV International AIDS Conference. Abstract ThOrC137. Bangkok. 11-16 July.

Smolskaya et al., (2004b). *Sentinel seroepidemiological and behavioural surveillance among female sex workers*. XV International AIDS Conference. Abstract. ThOrC1371. Bangkok. 11-16 July.

UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

WHO Regional Office for Europe (2004). *HIV Infections epidemiology: Sentinel Surveillance and Risk Factors: A Comparative Study in the Russian Federation, Azerbaijan and Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO-Euro.

World Bank (2004). *World Development Report 2005: A Better Investment Climate For Everyone*. Washington, World Bank.

LATIN AMERICA

Alarcon JO et al. (2003). Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. *AIDS*, 17:613-618.

Avila MM et al. (2004). Monitoring for HIV-1 infection and other sexually-transmitted infections (STIs) in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina. XV International AIDS Conference. Abstract WePpC2609. Bangkok. 11-16 July.

Bravo-Garcia E, Magis C (2004). HIV prevalence in 32 Mexican States: a new methodology. XV International AIDS Conference. Abstract C12624. Bangkok. 11-16 July.

Caiaffa WT et al. (2003). The Dynamics of the Human Immunodeficiency Virus Epidemics in the South of Brazil: Increasing Role of Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S376-81.

De los Pando M et al. (2003). High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-40.

Gravato N, Morell MGG, Areco K, Peres CA (2004). Associated Factors to HIV Infection in Commercial Sex Workers in Santos, Sao Paulo, Brazil. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6202. Bangkok. 11-16 July.

Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6162. Bangkok. 11-16 July.

Johnson KM et al. (2003). Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS*, 17(4):605-12.

Khalsa JH, Francis H, Mazin R (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.

Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.

Mayorga RS (2003). *Use of surveillance data and resource flows in Latin America and the Caribbean*. Presentation. Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía do América Latina.

Mesquita F et al. (2003). Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S382-5.

Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.

Ministerio de Salud de Argentina (2003). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año X Número 22. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Octubre.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2003). *Situación de SIDA Costa Rica 2003*. Presentación. San José, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en El Salvador*. San Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Abril.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Guatemala*. Ciudad de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mayo.

Ministerio de Salud de Nicaragua (2004). *Programa nacional de prevención atención y control de las ITS/VIH/SIDA*. Presentación. Agosto.

- Ministerio de Salud de Panamá (2004). *Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Panamá*. Presentación. Agosto.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela (2003). Registro de infecciones de transmisión sexual en los servicios del país, 1998-2002. Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Ministerio da Saude do Brasil (2003). *Boletim Epidemiologico AIDS*, 17(1). Brasilia, Ministerio da Saude do Brasil.
- Ministerio da Saude do Brasil (2001). *A contribuicao dos estudos multicentricos frente a epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e reducao de danos*. Brasilia, Ministerio da Saude do Brasil.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003). *HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future*. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.
- National AIDS Programme Ecuador (2002). *Situación epidemiológica*. Latin America Epidemiological Network meeting report. Cartagena, Colombia.
- Osimani ML (2003). The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S422-6.
- Secretaria de Salud de Honduras (2004). *VIH SIDA en Honduras, antecedentes, proyecciones, impacto e intervenciones*. Presentación. Tegucigalpa, Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud de Honduras (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud. Enero.
- Secretaria de Salud de México (2003). *Epidemiológica del VIH/SIDA en México en el año 2003*. Ciudad de México, Secretaria de Salud.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS/WHO (2003). *AIDS epidemic update 2003*. Geneva, UNAIDS/WHO.

OCEANIA

- Brouwer C, Harris BM, Tanaka S (1998). *Gender Analysis in Papua New Guinea*. World Bank, Washington.
- Indonesia Central Bureau of Statistics, MACRO International (2004). Indonesia Young Adults Reproductive Health Survey. Jakarta, BPS
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network. Available at http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/survreports/aids_in_asia.htm
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australia (2003). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia: Annual Surveillance Report 2003*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.
- National AIDS Council Secretariat and Department of Health Papua New Guinea (2003). *HIV/AIDS Quarterly Report*. Boroko, Department of Health. December.
- Sullivan EA et al. (2004). HIV, Hepatitis B and other sexually transmitted infections and associated risk behaviours in Pacific-island seafarers, Kiribati. XV International AIDS Conference. Abstract ThP2C735. Bangkok. 11-16 July.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS Epidemic*. Geneva, UNAIDS.

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

- El-Rahman A (2004). Risky behaviours for HIV/AIDS infection among a sample of homosexuals in Cairo city, Egypt. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6146. Bangkok. 11-16 July.
- Elshimi T, Warner-Smith M, Aon M (2004). *Blood-borne virus risks of problematic drug users in Greater Cairo*. Geneva, UNAIDS & UNODC. August.
- Fares E et al. (2004). Epidemiological surveillance of HIV/AIDS in Algeria, North Africa, based on the sentinel sero-surveillance survey. XV International AIDS Conference. Abstract C10572. Bangkok. 11-16 July.
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH. 9 Juin.
- Jenkins C, Robalino DA (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction*. Washington, World Bank.
- Kaiser et al. (2004) HIV/STI prevalence and risk factor surveys in Yei and Rumbek, South Sudan, 2002/2003. XV International AIDS Conference. Abstract TuPeC4739. Bangkok. 11-16 July.
- Kilani B et al. (2003). Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia. Paper. Tunis.
- Ministère de la Santé Morocco (2004). AIDS/HIV surveillance reports 2003/2004. Rabat, Ministère de la Santé.
- Sudan National AIDS Control Programme (2003). HIV/AIDS/STIs Surveillance Report, First Quarter. Khartoum, National AIDS Control Programme.

Ministry of Health Iran (2004). *AIDS/HIV Surveillance Report*, Fourth Quarter. Teheran, Ministry of Health.

Tawilah J, Ball A (2003). WHO/EMRO & WHO/HQ Mission to Libyan Arab Jamahiriya to Undertake an Initial Assessment of the HIV/AIDS and STI Situation and National AIDS Programme. Tripoli. 15-19 June.

NORTH AMERICA, WESTERN AND CENTRAL EUROPE

Alliance for Health Reform (2004). Closing the Gap: Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. *Journal of the National Medical Association*, 96(4): 436-440. April.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/Sida de Catalunya (2001). *SIVES 2001 Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia*. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

De la Fuente L et al. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(suppl 5):S410-5.

Department of Health United Kingdom (2003). *Annual Report of the Chief Medical Officer: No time to wait*. London, Department of Health. Available at www.publications.doh.gov.uk/cmo/annualreport2003/notime.htm

Diaz T et al. (1994). Socioeconomic differences among people with AIDS: Results from a multistate surveillance project. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(4):217-222.

Emmanuelli J et al. (2004). HIV and HCV prevalence among French intravenous drug users (IDU). XV International AIDS Conference. Abstract C10938. Bangkok. 11-16 July.

EuroHIV (2003). *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 69. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *Annual Report 2003: The state of the drug problem in the European Union and Norway*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at <http://annualreport.emcdda.eu.int/en/home-en.html>

Geduld J, Gatali M, Remis RS (2004). Estimating HIV prevalence and incidence in Canada: highlighting the need for enhanced research data and improved HIV surveillance. XV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3650. Bangkok. 11-16 July.

Girardi E (2003). Epidemiological aspects of transmitted HIV drug resistance. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases Supplement*, 35(suppl 106):17-20.

Gutierrez et al. (2004). High rate of HIV-1 non-B subtypes and syphilis but low rate of HTLV and hepatitis B and C viruses among immigrant sex workers in Madrid, Spain. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6197. Bangkok. 11-16 July.

Hamers FF, Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83-94.

Health Canada (2003). *Looking forward: Focusing the response—Canada's Report on HIV/AIDS 2003*. Ottawa, Health Canada.

McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV International AIDS Conference. Abstract TuOrD1220. Bangkok. 11-16 July.

UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS Epidemic*. Geneva, UNAIDS

U.S. Census Bureau (2000). *Poverty status of the population in 1999 by age, sex, and race and Hispanic origin*. Washington, U.S. Census Bureau. March.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004a). Trends in Primary and Secondary Syphilis and HIV Infections in Men Who Have Sex with Men—San Francisco and Los Angeles, California, 1998-2002. *MMWR Weekly*, 53(26):575-578. 9 July. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5326a1.htm>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV Transmission Among Black College Student and Non-Student Men Who Have Sex With Men—North Carolina, 2003. *MMWR Weekly*, 53(32):731-734. 20 August.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2004c). High-risk sexual behaviour by HIV-positive men who have sex with men – 16 sites, United States, 2000-2002. *MMWR Weekly*, 53(38):891-894. 1 October.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2003a). HIV/AIDS Among African Americans. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/safam.htm>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2003b). HIV/AIDS Among African-Americans. Fact sheet. Washington, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>

Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV International AIDS Conference. Abstract ThOrC1367. Bangkok. 11-16 July.

Van Veen MG et al. (2004). Prevalence of HIV and related risk behaviour among ex workers in the Netherlands. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6198. Bangkok. 11-16 July.

UNAIDS/WHO推計値に関する解説

本文書中に記載されているUNAIDS/WHO推計値は、世界各国のHIV流行拡大に関する最新の入手可能な情報に基づいています。しかしながらこの情報は暫定的なものです。UNAIDS/WHOは、各国の国家エイズプログラムおよび調査研究機関の専門家と協働して、流行拡大に関する新たな知識が入手され次第、より改善された推計値算出方法を用いて、定期的に推計値を改訂・更新しています。このような状況と今後の知識・算出方法等の進歩を鑑みれば現時点での推計値は、過去の推計値、および、今後発表される推計値と単純に比較できるものではありません。

グラフ・表に使用されている推計値・データは、端数を繰り上げた数値を利用しています。しかしながら、率(パーセント)・地域合計を算定する際は、端数を繰り上げない数値で計算しています。したがって、全世界合計値と、各地域合計値の総計との間に若干の食い違いがあります。

UNAIDS/WHOは、各国・協力機関・専門家と今後も情報資料収集のために協働を続けていきます。この協働の目的は、可能な限り最良の推計値を公表することです。この推計値は、各国政府・NGO・その他の団体および個人が、流行拡大の現状を把握する際に、および予防・ケアに関する多大な努力の効果を評価する際に有用なものです。

「HIV/AIDS 最新情報 (AIDS epidemic update)」年報は、世界の HIV/AIDS 流行拡大の最新の進行状況の報告です。2004 年版は地図・地域概要とともに、流行拡大の影響の範囲と人的犠牲の程度に関する最新の評価を提供し、流行拡大の展開状況の新しい様々な傾向を探究しています。さらに女性と AIDS (women and AIDS) についての特別考察を特徴としています。

エイズ予防情報ネット (<http://api-net.jfap.or.jp/>) の「予防関連資料室」

コーナーから、この日本語版をダウンロードできます。

©財団法人エイズ予防財団 2004

日本語版と英語原版との間に翻訳内容上の食い違いがある場合は、英語原版の内容を正当とします。また日本語版の利用により生じうるいかなる損害についても、財団法人エイズ予防財団は責任を一切負いません。

非商業的利用に限り、この日本語版は自由に使用(一部および全部)できます。その際は出典 (UNAIDS/WHO) を明記してください。また、日本語版を使用したものの1部を、見本として、当財団まで送付してください。

財団法人エイズ予防財団

国際協力部

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-23-11 寺山パシフィックビル 4 階

電話: 03-3592-1181 ファックス: 03-3592-1182 <http://www.jfap.or.jp>

www.unaids.org

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org — Internet: <http://www.unaids.org>