

サハラ以南アフリカ

HIV/AIDSに関する推計値・特徴、2003年末現在および2005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)
2005年	2 580 万 [2 380-2 890 万]	1 350 万 [1 250-1 510 万]	320 万 [280-390 万]	7.2 [6.6-8.0]	240 万 [210-270 万]
2003年	2 490 万 [2 300-2 790 万]	1 310 万 [1 210-1 460 万]	300 万 [270-370 万]	7.3 [6.7-8.1]	210 万 [190-240 万]

サハラ以南のアフリカの人口は世界の総人口の10%あまりである。それにもかかわらず、世界のHIV感染者の60%以上、2,580万人(2,380万-2,890万人)がこの地域に集中している。2005年、同地域では推定320万人(280万-390万人)が新たにHIVに感染し、240万人(210万-270万人)の成人と子どもがエイズによって命を落とした。15歳から24歳の若者では、女性の4.6%(4.2-5.5%)、男性の1.7(1.3-2.2%)がHIVに感染している。

国全体として成人HIV陽性率が低下する傾向にある国々は、ケニア、ウガンダ、ジンバブエの3ヶ国である(注1)。南部アフリカ諸国では、ジンバブエを除き、流行の勢いが弱まる様子はほとんど見られない。HIV陽性率は、アンゴラを除く、南部アフリカ全域で際立って高いレベルを維持しており、感染が拡大しているモザンビークやスワジランドなど、まだピークに到っていないと思われる国もいくつかある。西部・中部アフリカでは、HIV陽性率の全国平均は南部・東部アフリカ諸国に比べてかなり低いものの、ブルキナファソの都市部(で陽性率が低下していること)を除いては、HIV感染レベルには変化が見られない。

アフリカにおけるエイズの流行を、「アフリカの」流行とひとくくりにしてしまうことが不適切であるのと同じように、陽性率を国レベルでだけ見ていると実状が見えないことがある。例えば、産科に通う妊婦のHIV陽性率は、地域によって大きく異なる国が多い。このような地域差は、流行が多様であることや、流行が状況的な要素に左右されることを浮き彫りにするものでもある。予防や、治療とケア、影響緩和戦略を効果的に実施するためには、これらの要素を考慮に入れなければならない。このような要素のなかで、顕著なのは女性たちの社会的および社会経済的地位である。サハラ以南のアフリカでは女性の感染者が際立って多く、HIVに関する知識も乏しいことが多い。(次の囲み記事を参照)

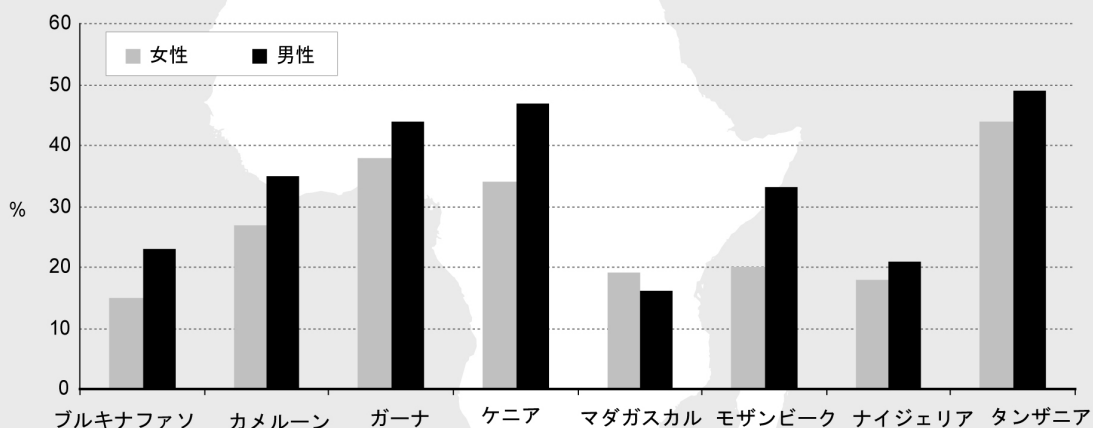
(注1) HIV陽性率は数年前のHIV発生(実際の感染)率を反映しているため、陽性率は過去の流行の傾向を表したものだということを心に留めておかなければならない。(HIV陽性率とは感染した時期を問わず、HIV陽性者の総数を表したものである。一方、発生率とは新たな感染が起こった割合である。)アフリカ東部やアフリカ南部のように、流行が急激に拡大した場合には、陽性率のデータは流行拡大の状況を、曖昧で混乱したかたちで表現してしまう可能性がある。HIV陽性率に変化がないことが必ずしも流行の沈静化を意味するとは、限らないからである。悲しいことだが、新たにHIVに感染する人の数とエイズで亡くなる人の数がほぼ同じである可能性もある。

いまだに乏しい知識

サハラ以南のアフリカの多くでは、HIV 感染経路に関する知識がいまだに乏しい。一般的に男性よりも女性、また都市部よりも地方に住む人々のほうが HIV に関する知識が乏しい。成人の 10 人に 1 人以上が HIV に感染している 10 ヶ国でさえも、このような傾向が見られる（注 2）。2000 年から 2004 年にかけて行われたさまざまな調査から、カメルーン、コートジボアール、ケニア、ナイジェリア、セネガル、ウガンダなどサハラ以南のアフリカ 24 ヶ国で、15-24 歳の若い女性の 3 分の 2 以上は HIV の感染経路について完全な知識を持っていないことが明らかになった。サハラ以南のアフリカ 48 ヶ国のうちの 35 ヶ国からのデータによれば、若い女性に比べて若い男性のほうが平均して 20%、HIV に関して正しい知識を持っていた。教育レベルが大きく影響しているのも事実である（UNICEF, 2004）。ルワンダの若い女性に関して言えば、中等教育以上を受けた者のほうが教育を受けていない者よりも、HIV の主な感染経路についての知識を持つ者は 5 倍も多かった（ルワンダ保健省、2001）。

（注 2） 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、ナミビア、南ア共和国、スワジランド、ザンビア、タンザニア

グラフ 4 性行為による HIV 感染を予防するための主な方法*を正確に知っている若者（15-24 歳）の割合、2003 年



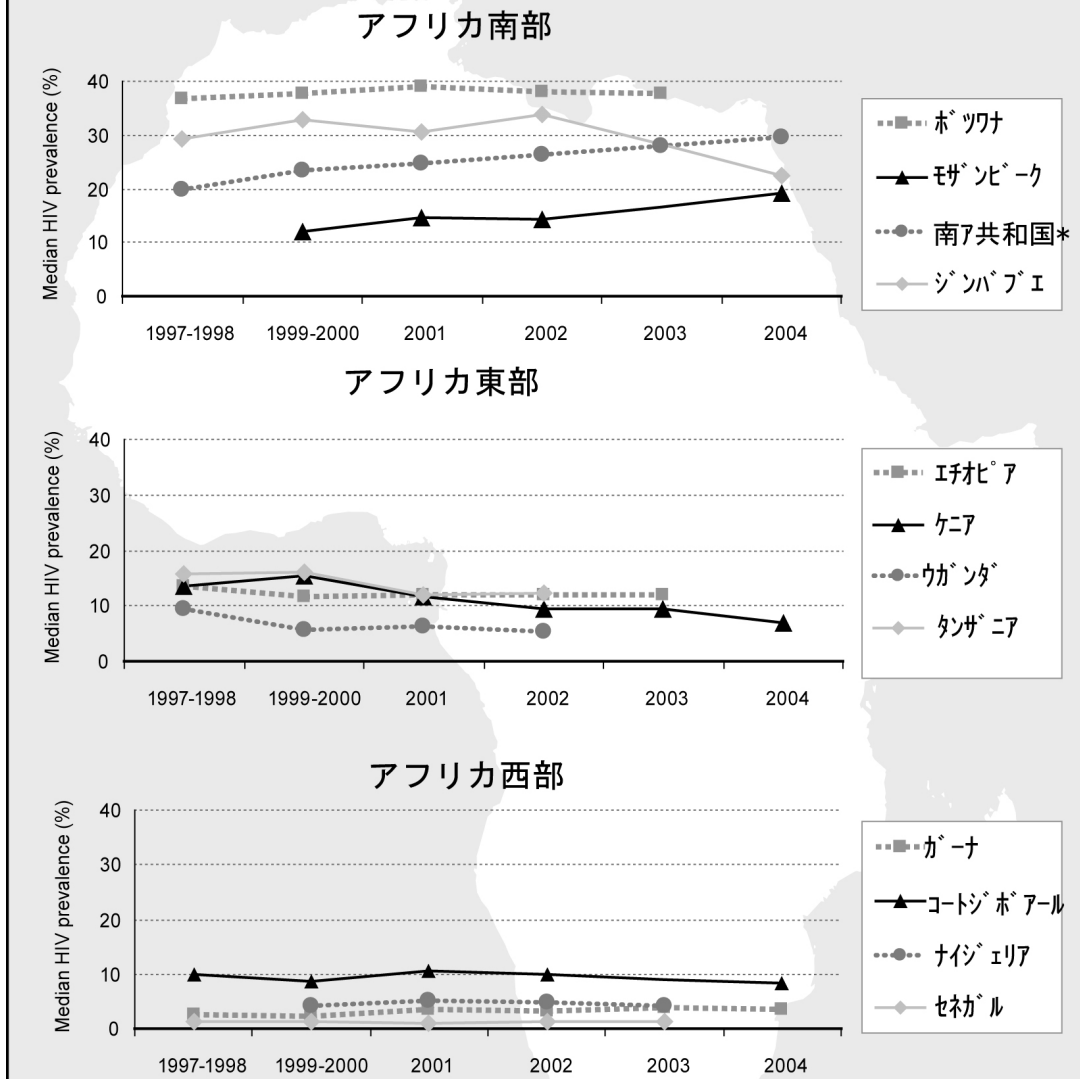
* コンドーム使用、貞節を守る陰性パートナー 1 人だけとセックスする。および、HIV 感染に関する誤った一般認識を拒絶することができて、健康に見える人からも HIV 感染する可能性があることを知っている。

出典 : Demographic and Health Surveys. ORC Macro (Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique and Nigeria); Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-2004, TACAIDS, NBS, and ORC Macro (UR Tanzania)

方法論に関する問題

どれくらいの数の人々が HIV のようなウイルスに感染しているかを、**正確に**測定する現実的な方法はない。科学者が適切なデータを集め、HIV 感染の経路と速度についてのさまざまな仮定を細かく分析し、HIV に感染した人数とエイズで死亡した人の数を推定する数学的なモデルを作る（Ward など、2004）。サハラ以南のアフリカのように、おもに異性間の性感染によってエイズが流行している場合には、最も一般的に使用されるデータは、妊婦の血液が匿名で検査される産科からのサンプルである。当然、データは無防備なセックスを行った女性の HIV 陽性率のみを反映していることになる。よって、かなりの数の 15-24 歳の若い女性が性的にまだ活発でないことを考えると、この人口集団の HIV 陽性率は実際より高く算出される傾向がある。また、このデータは男性や、（次ページへ続く）

グラフ5 産科診療所へ通う妊婦のHIV陽性率(中央値)の変動
(サハラ以南アフリカ、1997/98-2004年)



* data by province
Sources: Ministry of Health (Mozambique); Department of Health (South Africa); Ministry of Health and Child Welfare (Zimbabwe); Ministry of Health (Kenya); Ministry of Health (United Republic of Tanzania); Ghana Health Service (Ghana); Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – GAP – Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire); Conseil National de Lutte Contre le SIDA (Senegal); Adapted from Asamoah-Odei, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. Lancet, 2004 (Botswana, Ethiopia, Uganda and Nigeria).

出産適齢期以下およびそれ以上の年代の女性、無防備なセックスをしない女性の陽性率の**直接的な**エビデンスは提供していない。サンプルが抽出される産科は都市部か都市周辺部にあることが多いことも、HIV 陽性率が実際より高くなることにつながる。一方、HIV によって受精率が低下することを考えると、妊婦から集めたデータには、HIV に感染しているために妊娠できない、相当数いると思われる女性の数は反映されていない。それでも、他の情報とエビデンスに基づく仮定を基にしてデータを調整することによって、妊婦の陽性率は「**妥当な範囲**」内または「**不確実性の範囲**」内で、正確な推計の根拠を提供している。

HIV 検査を含む世帯調査は、男女およびさまざまな年代の HIV 陽性率に関する全国的なデータを提供し、僻地からもサンプルをとることができる。(次ページへ続く)

しかし、世帯調査も不正確になることがある。例えば、回答者の多くが検査を拒否したり、特定の質問にだけ答えたり、調査時に不在だったりすれば、潜在的な偏向が調査データに持ち込まれることになる。これは近年、アフリカ諸国で行われている世帯調査のなかでよく起こる問題であり、無回答の割合は 8–42%と報告されている。無回答者の特徴がわかれば、推定数を調整することは可能である。しかし、このような調査では通常、不在や参加拒否とそのような人の HIV 感染の有無との関連性は明らかにならない。参加を拒否したり、調査時に不在だったりすることと、その人の HIV 感染の可能性が高いこととに関係がある可能性がある。よって、世帯調査の無回答率が高くなれば、HIV 陽性率が低く見積もられることになってしまう。

これまで述べた方法のどれにも、長所と短所がある。一般的に、産科からのデータは 15–49 歳の年齢層の HIV 感染傾向をはかるのに有効である。一方、全国的な世帯調査は、国全体の陽性率と、若者や男性、地方在住者への HIV の広がりをもたらす重要な情報となる。これら 2 つの情報を組み合わせて考慮すると、さまざまなデータから HIV 感染レベルや陽性率（およびエイズに関連する死亡者数）のより正確な推計値が得られる。しかし、HIV とエイズに関する推計は、それが世帯調査からのものであれ、センチネル・サーベイランスデータからのものであれ、慎重に扱う必要があり、データと想定は継続的に見直す必要がある。本章のデータは 2 つの情報を組み合わせたものである。

アフリカ南部

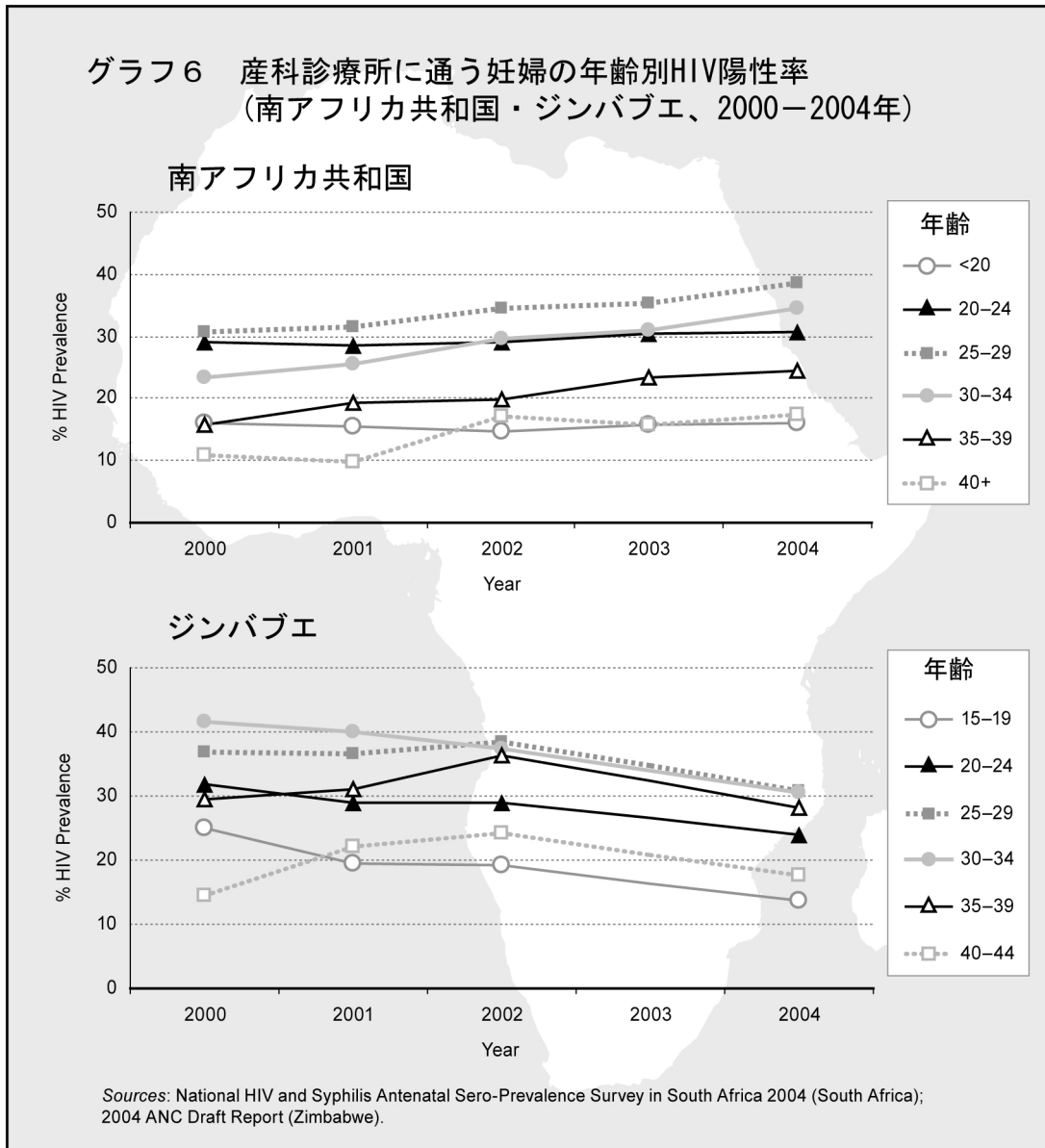
アフリカ南部は現在でも世界的にエイズの流行の中心である。しかし、初めてその流行のひとつが沈静化してきたという兆候が現れている。

それはジンバブエである。新たなエビデンスが、国全体の成人の HIV 陽性率の低下を示している。全国動向調査から得られた最近のデータによれば、妊婦の HIV 陽性率は 2002 年の 26%から 2004 年には 21%に下がっている。その他のデータも、陽性率の低下がすでに 2000 年から始まっていることを示している（ジンバブエ保健および児童福祉省、2004、2005 年）。地域的な調査にお

性的行動の変化が HIV 陽性率の低下に寄与しているようである。

る所見も、国全体のエビデンスを裏付けるものとなっている。ハラレでは、妊娠中あるいは出産後に産科に通う女性の HIV 陽性率は 1999 年の 35%から 2004 年には 21%に低下した。ジンバブエ東部でも、妊婦の陽性率の低下に伴い、一般人口の男女の陽性率も低下していた（Mundandi など、2004）。15–24 歳の若い妊婦の HIV 陽性率も 2000 年から 2004 年のあいだに 29%から 20%と大きく低下し、これは新たな HIV 感染の割合（発生率）が低下していることを示唆している。ハラレの産後の女性と男性工員の HIV 発生率と、地方のマニカランドの HIV 発生率の最近の推計を比較しても、この傾向が確認できる（Hargrove など、2005 ; Mugurundi など、2005）。

性的行動の変化が HIV 陽性率の低下に寄与しているようである。行きずりの相手とコンドームを使用する割合は男性で 86%、女性で 83%と上昇し、最近の全国的および地域的な調査からのデータも、性行為の相手の数が減っていることを示している（Mahomva、2004）。国内のいくつかの地域では死亡率は横ばい状態で、これも性的行動の変化による HIV 発生率の低下が顕著な陽性率低下につながったという見方を支持するものである。



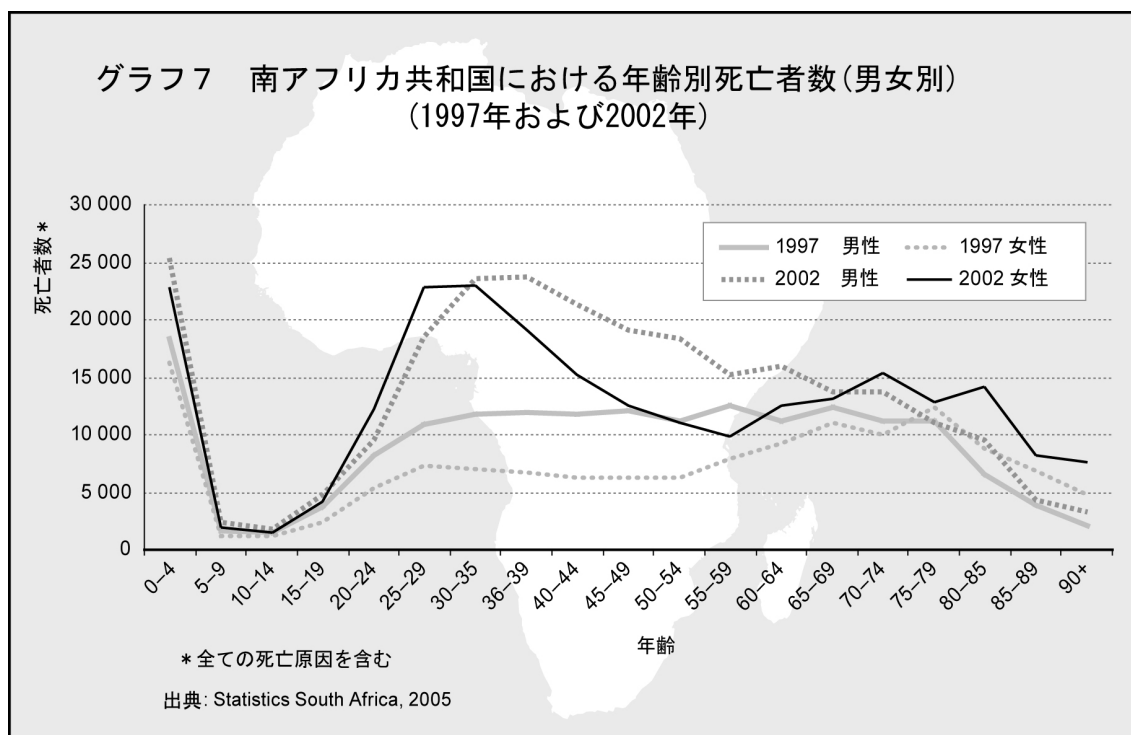
しかし、妊婦の 5 人に 1 人が HIV 陽性と診断される状況は続いており、相変わらず世界で最も高い感染レベルであることは、予防活動を強化する必要性を浮き彫りにしている。とくに懸念されるのは、2005 年に数万人の国民が強制移住させられたが、これによる人口移動、配偶者との別居、生活の不安定によって、現在の沈静化傾向が逆転する可能性があることである (ヒューマンライト・ウォッチ、2005)。

残念ながら、アフリカ南部ではジンバブエを除き、流行が沈静化してきたというエビデンスは見られない。南アフリカ共和国から得られた新たなデータから、産科に通う妊婦の HIV 陽性率が 2004 年に 29.5%(28.5-30.5%)と史上最高に達したことが明らかになった (南ア共和国保健省、2005)。陽性率は 25-34 歳の女性で最も高く、この年齢層の女性の 3 人に 1 人以上が HIV 陽性者である。20-24 歳の女性ではほぼ 3 分の 1 が HIV に感染している。国内で最も HIV の影響が深刻なクワズールー・ナタール州では、陽性率は 40%に達し、東ケープ州、フリーステイト州、ハウテン州、ンブマランガ州、ノースウエスト州でも 27-31%と際立って高い。

このような最新のデータには、南ア共和国の流行の際立った特徴、つまり、急速な流行の拡大が表れている。国全体の成人の HIV 陽性率は 1990 年には 1%未満であったにもかかわらず、10 年

間で25%と急上昇した。10代後半(15-19歳)の妊婦のHIV陽性率は2000年以降(2000-2004年)15-16%で、20-24歳の妊婦については28-31%である(保健省、2005)。

アフリカ南部の他の地域に比べて流行の時期は遅れているが、南ア共和国では現在、エイズによって非常に多くの人々の命が奪われている。死亡届に関する最近の研究から、15歳以上の人口の死亡者数が1997年から2002年の間に62%も増加していることがわかっており、25-44歳の年齢層では死亡者数は2倍以上になっていた。290万人近くの死亡証明書を調査した結果、全死亡者数の3分の1以上が25-44歳であることがわかった(南ア共和国統計、2005)。グラフ7は死亡者数の年齢分布を表したもののだが、死亡者数の年齢分布はエイズ・モデルによって予測された傾向とほぼ一致しており、死亡原因のほとんどがエイズによるものであると考えられる。



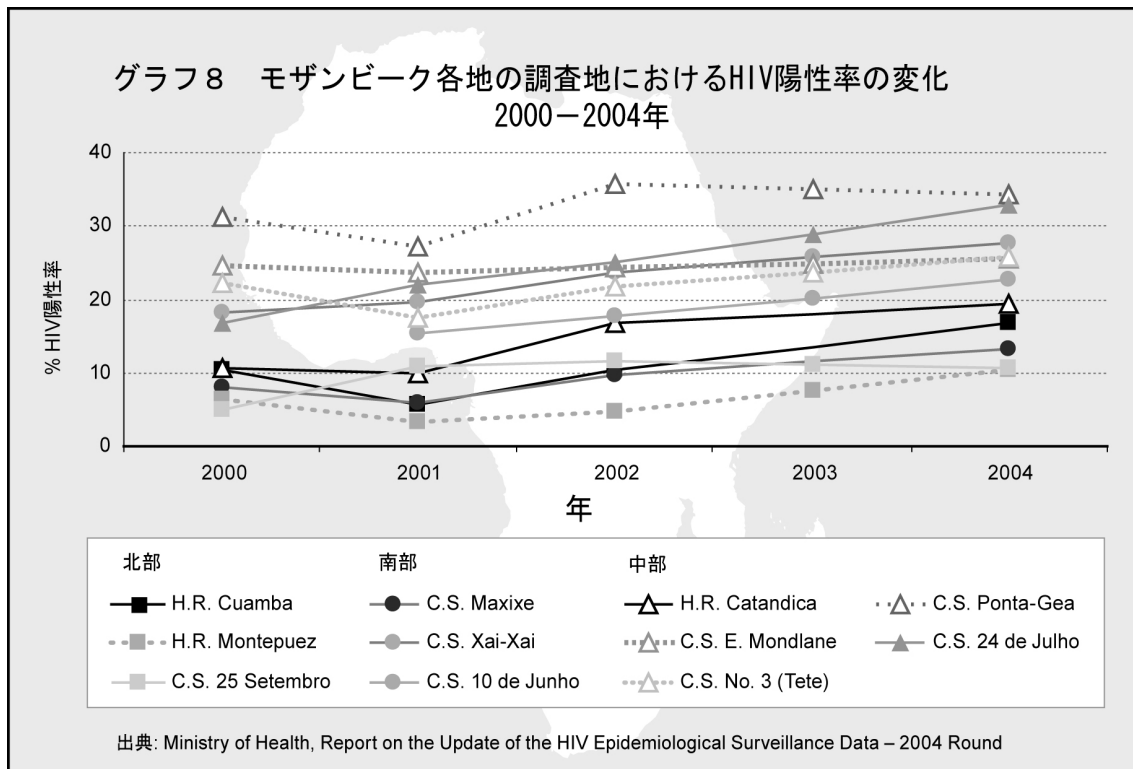
妊婦のHIV陽性率が30%を超えるような非常に高いHIV陽性率が、ボツワナ、レソト、ナミビア、スワジランドで現在も報告されている。陽性率の低下のエビデンスはまだ見られない。スワジランドの流行は衰えないままである。1992年にはほんの4%だった妊婦のHIV陽性率は、2000年の34%から2004年には43%に急上昇した。(スワジランド保健・社会福祉省、2005)。スワジランドでは、妊婦のHIV陽性率に地域的な差異はほとんど見られない(スワジランド保健・社会福祉省、2002)。若い女性がより安全な行動を取り入れているという兆しがわずかにある。たとえば、10代の妊娠は減少傾向にある。しかし、このように流行が広がっていると、女性が無防備なセックスをすればHIVに感染する可能性が非常に高い。2004年、25-29歳の妊婦の56%がHIV陽性である(スワジランド保健・社会福祉省、2004)。スワジランドと同様、レソトでも妊婦のHIV陽性率は横ばいだが、非常に高い。産科に通う妊婦のHIV陽性率(中央値)は27%で、2003年の29%に比べてわずかに低いだけである(レソト保健・社会福祉省、2005)。

国全体のHIV陽性率が横ばい状態であるために、地域的な流行の形態や傾向が見えなくなって

しまう場合がある。これはマラウイのような比較的小さな国にもあてはまる。マラウイの妊婦の陽性率は、中央部の7%弱から南部の33%と非常に幅がある。産科に通う女性の陽性率の全国平均が20%と幅広い状態である一方で、より詳しく傾向を分析してみると懸念となることが2つある。ひとつは地方部の産科における妊婦の陽性が、1999年の12.1%から2003年には14.5%と高くなっていることであり、もうひとつは若い妊婦の陽性率が15-19歳で15%、20-24歳で20%と高いことである（マラウイ保健・人口省、2003）。

モザンビークの流行も南ア共和国と同様、他のアフリカ南部諸国からは時期的に遅れている。しかし、最近のデータによって流行が深刻化していることがわかっており、国内全域でHIV感染レベルは高くなっている。例えば、妊婦のHIV陽性率は2004年の血液動向調査に参加した34の産科のうち23ヶ所で上昇している。全国的な成人のHIV陽性率は2002年から2004年の間に、14%から16%あまりになり、とくにマラウイ、南ア共和国、ジンバブエとの輸送路になっている地域でHIVは急速に広がっている。マラウイ南部と鉄道で結ばれているカイア州の妊婦のHIV陽性率は、2001年の7%から2004年には19%とほぼ3倍になった（保健省、2005）。ジンバブエおよび南ア共和国と国境を接しているガザ州（南ア共和国の工場・農場への出稼ぎ労働者の供給地）や、ジンバブエへの主要輸送ルート上にあるソファアラ州でも感染レベルは高い。全体として、モザンビークでHIV陽性率が最も高く、急激な伸びを見せているのは中央および南部の州で、（加重）平均陽性率は2004年、それぞれ18%超、20%である。北部では陽性率は9%と低めだが、上昇傾向にある（モザンビーク保健省、2005）。

ザンビアのHIV陽性率も高いままである。全国的な15-44歳の妊婦の平均HIV陽性率は1994年から18-20%となっている。1998年から2002年の間に、15-19歳の妊婦の陽性率の上昇がチレンジェ、マテロ、カサマ、カピリ・ムボシ、リビングストーンなどで見られたことは、国のあらゆる地域で新たなHIV感染が顕著に続いていることを示唆している（Monze, 2004）。地方在住者に比べて都市部の住民がHIVに感染する可能性は2倍になっている。感染レベルが高いのは、カブウェ、カピリ・ムボシ、リビングストーン、ンドラなど主要な輸送ルートの都市や町で、2002年、妊婦の22-32%がHIV陽性だった（ザンビアHIV/AIDS委員会、2002）。



アンゴラは現在、長く続いた内戦からの復興途上であり、アフリカ南部諸国のなかでは最も HIV 陽性率が低い国である。最新の HIV 動向調査では、妊婦の HIV 陽性者は推定 2.8%(2.5-3.1%)だった (アンゴラ保健省、2004)。現在では 26 州全ての産科からデータ収集ができるなど HIV 動向調査が拡大しているため、過去の推計との比較は難しい。最近の傾向を最もよく示すと思われるのが、

流行への意識は高まりつつあるものの、

HIV に関する重要な知識の認識はまだ不十分である。

産科を受診している 15-24 歳の HIV 陽性率である。この年齢層の感染は比較的、最近だと考えられるからである。若い妊婦の HIV 陽性率は 7 つの州 (クネネ、クアンド・クバンゴ、ルアンダ、北ルンダ、南ルンデ、ナミベ、ウイゲ) で 3%弱あるいは 3%以上だった。データの長期比較ができるのは首都のルアンダで、陽性率は 1980 年代半ば (1986 年) の 0.3%から 2004 年には 4.4%になっている。ルアンダの女性セックスワーカーの HIV 陽性率が 33%であるという事実から、流行がさらに拡大する可能性があることは明らかである (Grupo Tematico HIV/SIDA, 2002)。より詳しく見てみると、地域的な差異がかなり大きく、最も流行が深刻なのはナミビアと国境にあるクネネ州とクアンド・クバンゴ州である。(ナミビアではアンゴラと国境を接する北部の州で、妊婦の HIV 感染レベルが最も高いことが報告されている。)

ナミビアの妊婦の HIV 陽性率は、北西部の僻地オプウォの 8.5%から、アンゴラ、ボツワナ、ザンビアとの国境にあるカプリヴィ地区のカティマ・ムリロの 42%以上と非常に幅がある。ルーデリツツヤスワコプムンド、ウォルビス・ベイ港では、陽性率は 22-28%である。ナミビアでは、ボツワナや南ア共和国、スワジランドの最も深刻な地域と同じくらい、流行の勢いが強いところもある。最近、感染レベルの低下が見られるカトゥトゥラやオシャカティなどでも、妊婦の HIV 陽性率はまだ 20%を超えている。2004 年の産科の調査から得られた HIV 陽性率の全国平均はわずかに低下したものの、流行が落ち着いてきていると言いきることはできない。産科を受診している 15-24 歳の女性の感染レベルが場所によって相反する傾向を示していることも、その証拠である。アンドラ、ニャンガナ、オチワロンゴ、ツメブの若い妊婦の陽性率が大幅に低下している一方で、ナンクドゥ、オシャカティ、ルンドゥ、スワコプムンドなどでは正反対の傾向が見られる (ナミビア保健・社会サービス省、2004)。

ボツワナの流行は安定化傾向にあるようで、妊婦の HIV 陽性率の全国平均は 2001 年以降、35-37%とあまり変化がない。15-24 歳の妊婦の HIV 感染レベルは 1999 年から変化がないものの、25 歳以上の妊婦の陽性率は 1992 年から着実に上昇しており、2003 年には 43%になった。ボツワナで最近行われた世帯調査からの予備データは、ボツワナの流行の規模はかねて示唆されていたよりも小さいのではないかという希望を与えるものだった (ボツワナ・エイズ調整機関、2005)。この調査では 15-49 歳の HIV 陽性者は 25%と推定され、過去に産科のデータから得られた割合 (37%) (UNAIDS, 2004) よりもはるかに低いことがわかった。しかし、この数字の解釈には注意が必要である。というのは、HIV 検査を拒否した参加者が 44%にのぼるなど、無回答率が非常に高いことから、HIV 陽性率が実際より低く見積もられてしまっている可能性があるからだ。また、月齢 18 ヶ月から 4 歳までの子どもの 6%が HIV 陽性で、そのほとんどが母子感染によるものであることもこの調査から明らかになった。45-49 歳の年齢層で 29%、50 代前半で 21%と、年齢の高い男女の感染レベルも予想以上に高かった。HIV に関する知識格差もまだある。回答者の 4 人に 1 人がコンドームを常時使用することで HIV 感染を予防できることを知らなかった。また性感染を予防する 3 つの方法を知っていたのは 13%に過ぎなかった (ボツワナ・エイズ調整機関、2005)。

マダガスカルでは、近年、成人の国全体の HIV 陽性率が急上昇し、2005 年には 1.8% になった (マダガスカル保健省、2005)。流行の原動力は無防備な異性間の性的接触である。流行への意識は高まりつつあるものの、HIV に関する重要な知識の認識はまだ不十分である。2003 年から 2004 年にかけて調査が行われた際、HIV の性感染を防ぐ 2 つの方法とエイズに関する 3 つの誤解を指摘できたのは、5 人に 1 人もいなかった (マダガスカル財務省、2005)。行きずりの相手との前回のセックスでコンドームを使用したと答えた 15-24 歳の若者は男性では 12%、女性では 5% だった (エイズ対策庁、2004)。

モーリシャスとセイシェルは、他のアフリカ南部諸国と比べると、流行の規模ははるかに小さい。しかし、モーリシャスでは IDU に HIV 感染が広がっており、IDU の陽性率は 10-20% ということがわかっている。保健当局によれば、IDU の HIV 感染者は推定 3,000 人である。また、女性セックスワーカーの感染レベルも 3-7% と高い。セイシェルでも小規模な流行が報告されており、1987 年以降の HIV 感染者の報告数は 400 人未満である。ここでは異性間の性行為が主な HIV の感染経路だが、2000 年以降、男性間のセックスによる感染者数も増えている (セイシェル感染症管理局、2005)。ヘロインなどの薬物使用の増加が報告されているため、薬物注射が主な HIV 感染経路の 1 つになるだろうと懸念される。

**深刻なエイズの流行を覆すことができるという希望を与え続けているのが
アフリカ東部の数カ国である。**

アフリカ東部

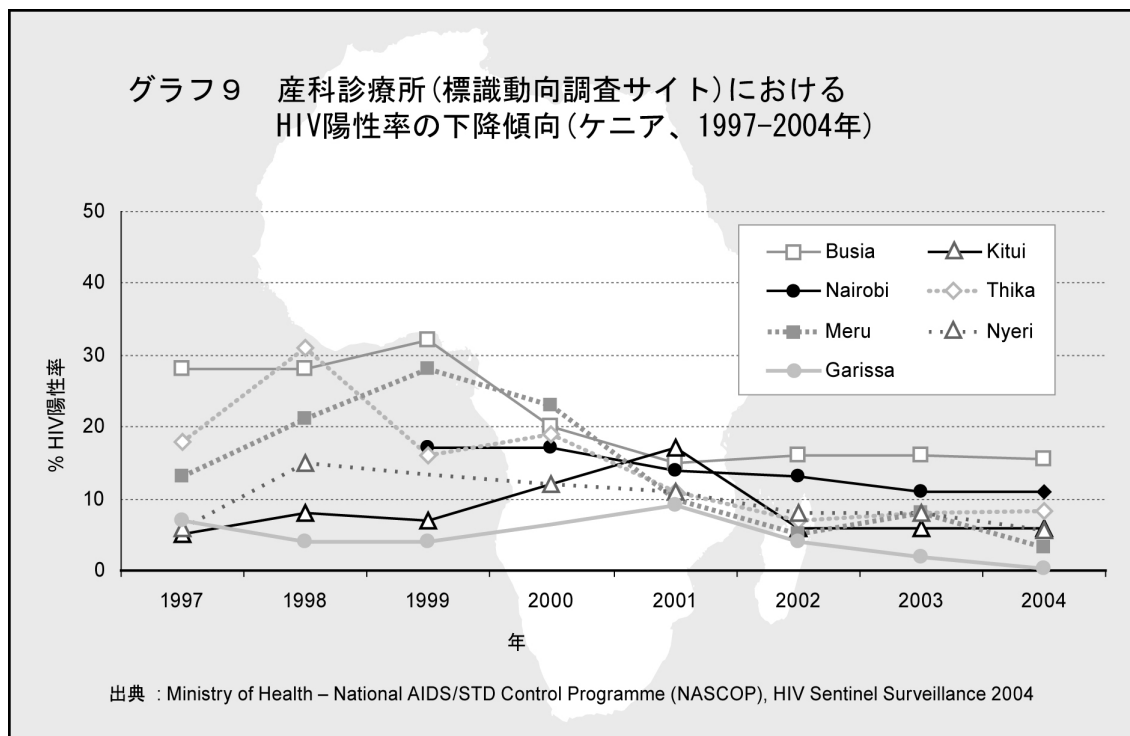
深刻なエイズの流行を覆すことができるという希望を与え続けているのがアフリカ東部の数カ国である。ウガンダでは 1990 年代半ば以降、全国的に妊婦の HIV 陽性率が低下しているが、同じような傾向が現在、ケニアの都市部でも見られるようになってきている。なかには感染レベルの急激な低下が見られるところもいくつかある。両国とも、行動変容がこのような低下傾向に寄与していると思われる。しかし、アフリカ東部のその他の地域では過去数年間、HIV 陽性率はわずかに低下しているか、変化のない状態が続いている。

ウガンダでは、国の HIV 対策の結果、国全体の HIV 陽性率は、ピークとなった 1990 年代初め (15% 超) から徐々に低下している。最近行われた調査とその分析によって、ウガンダの流行に関して明らかになったことがひとつある。それは、行動に関するデータからのもので、予防に再び焦点を当てた対策を行わなければ今までの低下傾向は続かないということである。2004 年から 2005 年にかけて行われた全国世帯調査で、男性は女性に比べて、複数のセックスの相手を持つことがわかった。調査では男性の 29%、女性では 4% が過去 12 ヶ月に 2 人以上の性交渉の相手を持ったと答えた。コンドームの使用はそれほど一般的ではなく、前年に行きずりの相手とセックスをしたと答えた男女のうち、前回のセックスでコンドームを使用したと答えたのは約半数だった。また、HIV に関連するスティグマがまだ存在するというエビデンスもあり、回答者の半数が、家族が HIV に感染した場合、その事実を隠しておくかと答えた (ウガンダ保健省、2005)。

この調査から推定される成人の HIV 陽性率は 7% で、産科の HIV 検査から集められたデータから得られた最新の推計よりも高い。(2003 年、ウガンダ保健省が発表した、産科からの HIV 陽性率は 6.2%。) この世帯調査によれば、30-39 歳の年齢層の 10 人に 1 人が HIV 陽性で、中高年の陽性率は高く、50-59 歳の男性のほぼ 7%、女性では 5% が HIV に感染していると推定されている。都市部では女性の HIV 陽性率 (13%) は男性 (7.3%) の 2 倍になっている。一方で、農村部では、

それぞれ、7.2%、5.6%とあまり差はない。地域によって感染レベルに差があり、西ナイルで3%未満と最も低く、カンパラ・中部地方・北中部地方で9%強と最も高い（ウガンダ保健省、2005）。

このような所見は、現在ラカイで行われている縦断研究でも顕著である。この調査では、16-25歳の性的に活発な女性の3分の2が既婚者だった。



ウガンダで何が起こったのか。

ウガンダ南部のラカイの44集落で行われた、複数年（1994-2003年）にわたる研究の最近からの所見を見ると、ウガンダにおける流行の経過がよりよく理解できる。HIV陽性率は急激に低下した。1994-1995年には20%であった女性の陽性率は、2003年には13%になり、同時期の男性に関しては15%から9%に低下している。一般的にウガンダではこれまで、このような低下は行動変容によるところが大きかった。しかし、ラカイではそのような行動変容が一樣に見られたわけではなく、研究者も禁欲や忠誠というような意識が顕著になったとは認めていない。婚外で複数のパートナーを持つと答えた10代の若者はかなり増えて、2000年の25%から2003年にはほぼ35%になった。しかし、行きずりの相手とのコンドームの使用は以前に比べて当たり前になってきてはいる。これはとくに男性で顕著で、HIV陽性率を下げる一助になったと思われる（Wawerなど、2005）。しかし、ラカイでの陽性率の低下の一番大きな原動力となったのは高い死亡率のようなものである。研究者たちが計算したところによると、1994年から2003年にラカイで見られた6.2%という陽性率の低下のうち、推定5%は死亡率が上昇したことによるものである。

ラカイで見られた傾向がどれだけ、あるいはどの程度、ウガンダの他の地域でも起こっているのかわからない。ラカイに隣接するマサカ地区では、1990年代のHIV発生率の低下は明らかに行動変容によるものだったと考えられている（Mbulaiteyeなど、2002）。しかし、ラカイ（と国内の他の地区）では現在、15歳から24歳の年齢層の男女のHIV発生率が再び上昇しているという兆候がある。このような傾向はHIV予防戦略を再び活性化する必要性を浮き彫りにしている（Wawerなど、2005）。

また、この年齢層の女性の多くが HIV に感染していた。HIV 陽性者の女性の 85%、男性の 90% が既婚あるいは結婚歴があった。女性が結婚しているときに HIV に感染しやすいのは、複数の性交渉の相手を持つ男性のほとんどが既婚者であることから明らかである。(既婚男性で複数の性交渉の相手を持っているのは 45%で、これに対して既婚女性は 5%である。) 一方、少女たちにとっては、禁欲は選択肢にならないことがわかった。14%の女性が初めての性体験は強要されたものだと答えているからである (Wawer など、2005)。

**陽性率の最も劇的な低下が見られたのは、
ケニア都市部の妊婦である。**

ウガンダは治療へのアクセスに関して力強い一歩を踏み出した。2005 年半ば現在、抗 HIV 治療を必要とする人々の約 3 分の 1 が治療を受けている。これは、ボツワナを除けば、サハラ以南のアフリカで最も高いカバレッジである (UNAIDS/WHO、2005)。過去 10 年間に予防や治療とケアに関してすばらしい成果をあげてきたにもかかわらず、ウガンダはまだ流行を克服できていない。最近の調査結果は、抗 HIV 治療が拡大し、流行が成熟してきたことによって生じる問題にも対応できる包括的な予防戦略を、改めて考え直す必要性を浮き彫りにしている。

ケニアにおける流行は 1990 年代後半にピークを迎え、成人の HIV 陽性率は 10%になったが、2003 年には 7%に低下した。都市部の感染レベルは、地方よりも早く 1990 年代半ばにピークとなり、地方の感染レベルも続いて低下したが、都市部に比べてその下がり方は遅い (ケニア保健省、2005)。サハラ以南のアフリカ諸国で、国全体の HIV 感染レベルの低下が継続して見られたのは、過去 20 年以上の間で 2 度目である。**陽性率の最も劇的な低下が見られたのは、ケニア都市部の妊婦である。**とくに、ブシア、メルー、ナクル、ティカでは、1999 年の 28%から 2003 年には 9%に大きく低下した。ガリッサ、カジアド、キシー、キタレ、キトゥイ、ニエリでも陽性率はかなり低下し、首都ナイロビでも妊婦の陽性率は低下している (Baltazar、2005)。

HIV 発生率と陽性率の低下は行動変容による可能性もあるが、エイズの流行の 2 つの「自然の」経過によるものである可能性もある。そのひとつが、流行が成熟するにつれて、多くの人々がエイズに関連して亡くなり、死亡者数が新しい感染者数よりも多くなるという現象である。その結果、HIV 陽性者数が減少 (また、陽性率も低下) する。しかし、新しく HIV に感染する割合が低下しているとは限らない。もうひとつは、新しい流行の初期段階では、HIV は感染する危険の最も高い人々に広がるということである。そのような人々が死亡することによって、その集団は HIV 感染の輪から外れ、HIV 発生率が低下し、陽性率も低くなる。つまり、行動変容は、HIV 発生率と陽性率の低下に影響する、ほんの一つの要素に過ぎないのである。

しかし、ケニアの場合には、最近、多くの国民がより安全な性行動をとるようになったというエビデンスもある。行きずりの相手とのコンドーム使用も増えており、とくに女性では、前回の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答えた者の割合は、1998 年には 15%に過ぎなかったが、2003 年にはほぼ 24% (23.9%) だった。また、2 人以上の性交渉の相手を持っていると答えた男女の割合が、1993 年から 2003 年の間に半分以下になった。若い男女の初交年齢も遅くなる傾向にある (Cheluget など、2004)。また、HIV 以外の性感染症に感染する割合も減少している兆候が見られる。これらはすべて、HIV 情報提供キャンペーン、自主的なカウンセリングと検査プログラム、抗 HIV 治療への漸進的なアクセスが背景にある。しかし、HIV 陽性率の低下は国内の全ての地域で見られるわけではなく、HIV レベルと傾向にはまだかなりばらつきがある。2004 年の産科の陽性率は、バンバ (1.6%)、ガリッサ (0.4%)、カジアド (2%) など低いところでは 2%

以下で、高いところではチュラインボ (14%)、ブシア (16%)、スバ (30%) などがある (Baltazar, 2005)。

最近の世帯調査によると、**タンザニア**では本土の成人の7%が HIV 陽性者である。都市部では HIV 陽性率は平均 11%で、地方部の 2 倍近い数字となっている。HIV 感染はより高い年齢の人口集団で急増しており、30-34 歳の女性で 13%に達している (タンザニア・エイズ委員会、2005)。産科に通う女性の HIV 検査結果 (陽性率) は、カゲラのほぼ 5% (4.8%) から、ムベヤの 15%強 (15.3%) と感染傾向にばらつきがあることを示している (タンザニア保健省、2004)。しかし、現在のレベルに落ち着く前には、妊婦の平均 HIV 陽性率が 20%を超え、36%に達する産科が、10 年前 (1994 年) のムベヤにいくつかあったことも心に留めておく必要がある (Jordan-Harder など、2004)。

妊婦の HIV 陽性率の傾向から、流行全体は比較的、変化のない状態であることがわかる。しかし、タンザニアの若者の低い感染レベルや、世帯調査からわかった、5 年前に比べて多くの人々が安全なセックスを取り入れていることが、HIV 感染の減少につながっている。2002 年以降、ダルエスサラームとムトゥワレ地域では、産科で HIV 陽性と診断される数はわずかに減少しているが、ドドマでは増加している。また、地方部で行われた最近の調査では、既婚男性の 40%が婚外の性交渉を持っていると答えている (Nko S など、2004)。(ムベヤとルワカ地域における予防対策の対照的な結果に関する議論は、HIV/AIDS 最新情報 2004 年版を参照のこと)

ルワンダにおける流行は国全体では近年、変化がないが、地域的な傾向の違いが顕著である。妊婦の HIV 陽性率は、上昇しているところもあり、変化がないところもあり、ギコンドのように低下しているところもある。全体として、都市部の陽性率 (中央値) は 2003 年に 6.4%と、地方部 (2.8%) に比べて約 2 倍である。とくにキガリでは、1998-2003 年に 35 歳以下の妊婦の感染レベルが下がったにもかかわらず、陽性率は最も高い (Kayirangwa, 2004)。国がエイズ・プログラムを拡大したことが、好ましい結果につながった。母子感染の予防サービスを提供しているサイトは過去 1 年間で約 33%増加し、自主的なカウンセリングと検査を提供しているサイトも増え、抗 HIV 治療を受けている陽性者も 2004 年の 8,700 人から、2005 年 6 月現在、13,200 人となり、約 50%も増加した (Binagwaho, 2005)。隣国**ブルンジ**では、これといった傾向は認識できない。ブルンジの妊婦の HIV 陽性率は、キレンバの 2%から首都ブジュンブラ近郊の 13%と、ほとんどのセンチネル・サーベイランス・サイトでばらつきがある (公衆衛生省、2004)。

他の国々と比べて、**エチオピア**の全国平均 HIV 陽性率は推定 4.4%と低いものの (エチオピア保健省、2004)、エイズへの取り組みは多くの難題に直面している。HIV 陽性率はおもに都市部で高く、妊婦の HIV 陽性率は 1990 年代半ばから 12-13%である。人口の 85%が地方部で生活しているエチオピアでは、地方部の成人の陽性率の上昇 (2000 年には 1.9%、2003 年には 2.6%) が懸念となる。事実、都市部よりも地方部のほうが、HIV 陽性者数が増えている (エチオピア保健省、2004)。2004 年、HIV 陽性者数はおよそ 150 万人、孤児の数は 450 万人以上 (エイズによる孤児 50 万人を含む) で、影響を受けた世帯に適切な治療、ケア、支援を提供するという、国としてとてつもない課題に直面している (UNAIDS, 2004)。2003 年、成人の死亡原因の推定 30%がエイズであるエチオピアでは、2005 年半ばまでに、抗 HIV 治療を受けているのは、それを必要としている人々の 10%未満である (UNAIDS/WHO, 2005)。

隣国**エリトリア**の流行についてはほとんど新しい情報は出てきていない。2003 年の HIV 調査では、低いレベル (国全体の成人の HIV 陽性率 2.4%) のまま変化がないことが明らかになっている。しかし、西部の 2%から南東部の 7%と、地域によって感染レベルにはばらつきがある (エリトリア保健省、2004)。

ごく最近まで、**ソマリア**の HIV 感染についてはほとんど知られていなかったが、2004 年に調査

が行われ、HIV 感染レベルはまだ低いものの、HIV は全国に広がっていることが明らかになった。全国的な妊婦の平均陽性率は 0.6% で、最も高いのが首都モガディシユの 0.9%、最も低いのがメルカで HIV 感染がほとんど報告されなかった (WHO、2005)。一方、性感染症の治療を受けた人々の 4% (また、モガディシユのある一つの診療所を受診する女性の 7%) が HIV 陽性と診断されており、流行が地域的に集中していることを示唆している。国を荒廃させた内戦から国を再建しなければならぬため、HIV 予防は優先事項にはならなかったであろうと思われる。HIV に関する知識は非常に乏しく、コンドームの使用もまれである。15-24 歳の若い男性でコンドームを使ったことがあるのは 13% に過ぎず、同年代の女性ではほんの 5% だった (WHO、2005)。

アフリカ西部・中央部

アフリカ西部における流行は規模や勢いの面でさまざまである。アフリカ西部では、これまでエイズの流行は他のサハラ以南のアフリカ地域に比べて深刻ではなかった。アフリカ西部諸国では成人の全国平均 HIV 陽性率は 10% を越えたことはなく、妊婦の陽性率にも大きな変化があったというエビデンスはない。

ナイジェリアは、南ア共和国およびインドについて、世界で 3 番目に HIV 陽性者の多い国で、2003 年末現在、その数は 320 万人から 360 万人と推定されている (UNAIDS、2004)。妊婦の HIV 陽性率 (中央値) は 4% ほどになっている。妊婦の HIV 陽性率は、南西部の 2.3% から北中部の 7% と幅があるものの、1980 年代半ばから調査を行っている産科で変化はない。クロスリバー州だけが唯一の例外で、1993-1994 年には 4% だった陽性率が、2003 年には 12% になり、感染レベルが拡大している (ナイジェリア保健省、2004)。この急激な増加の原因はわかっていない。

コートジボアールでは、都市部の妊婦の HIV 陽性率は 1997 年から 10% 程度、地方部ではその半分程度と、一定している。唯一の際立った変化はセックスワーカーについてである。例えば、アビジャンでは HIV やその他の性感染症の陽性率の低下が見られた。これはおそらく、コンドームの使用が増えたことによるものだろう (Ekta など、2004)。残念なことに、内戦のために HIV に関するデータを新たに集めることができていない。

トーゴの HIV 感染レベル (全国平均陽性率が約 4%) は変化がないが、地域的には非常に差異がある。妊婦の HIV 陽性率は、中央およびカラ地域で 2% 以下と低いが、マリタイム、プラトー、サバナ地域、そして首都のロメでは 7% を超えている (トーゴ保健省、2004)。隣国ガーナの流行は同様に、一定レベルに保たれており、産科における HIV 陽性率は過去 10 年間、2.5% から 4% の間で推移している。その北に位置するブルキナファソでは、2003 年の産科における HIV 陽性率は 2.7% だったが、現在、都市部の若い妊婦 (15 - 24 歳) の陽性率は低下傾向にある。若い妊婦の 2003 年の陽性率は 1.9% で、2001 年 (3.9%) の半分となった (ブルキナファソ大統領府、2005)。首都ワガドゥグーでは、セックスワーカーの HIV 感染レベルが急激に低下し、1994 年には検査を受けた女性の 59% が HIV 陽性だったが、2002 年には 21% になった (Kintin など、2004)。これら非常に励みになる傾向である。

マリとセネガルでも、HIV 感染レベルは現在も低いままで、全国平均陽性率 2% 以下である。(マリ保健省、2004 ; セネガル公衆衛生・予防医学省、2004)。セネガルでは、2002-2003 年に行われた最新の HIV 動向調査でも 3% を超える HIV 陽性率を記録した産科はなかった。しかし、2005 年の人口統計および保健調査では、ギニア・ビサウとの国境沿いの南部の町のジガンシヨールの成人女性の陽性率が 3.4%、コルダが 2.7% だった (人間開発調査センターと MEASURE DHS+, 2005)。セックスワーカーの陽性率は 10 年間、ほとんど変わらず、ダカールで 21%、ジガンシヨールで 30%

と高いレベルのままである (Gomes など、2005)。

カメルーンはアフリカ中央部の中で最も流行が深刻な国のひとつで、新しい世帯調査によると2004年の国全体の HIV 陽性率は5.5%である (カメルーン公衆衛生省、2004)。アダマワ、北東、南東の3地域では、女性の陽性率が10%以上に達している。国全体では、25-29歳の女性の10人に1人が HIV 陽性である。コンゴ共和国の HIV 陽性者数は11万人 (あるいはそれ以上) で、HIV 陽性率は地域によって非常に大きな差異がある。インポンドやジャンバラなどでは陽性率は1%を少し超えるぐらいだが、シビティでは、成人の陽性率は10%である (コンゴ共和国保健省、2004)。

サハラ以南のアフリカ諸国における治療とケアの提供拡大の昨年の歩みは、一様ではない。2005年半ば現在、ボツワナとウガンダでは少なくとも抗 HIV 治療を必要とする人々の3人に1人が治療を受けているが、カメルーン、コートジボアール、ケニア、マラウイ、ザンビアではその割合は10-20%である。しかし、ほとんどの地域でニーズは満たされていない。南ア共和国では抗 HIV 治療を必要としている人々の85% (ほぼ90万人) は、2005年半ば現在、まだ治療を受けられていない。エチオピア、ガーナ、レソト、モザンビーク、ナイジェリア、タンザニア、ジンバブエなどの国々でも必要としている人々の90%あるいは90%以上が、まだ治療を受けることができないでいる (UNAIDS/WHO、2005)。

アフリカ南部およびアフリカ東部では、アフリカ中央部の一部地域と同様に、深刻な流行が今度しばらくは続くだろうと思われる。ウガンダや、ごく最近のケニア、ジンバブエで見られた HIV 感染レベルの低下から、必要な HIV 関連の介入を行えば流行の流れを変えられることは確認された。しかしながら、陽性率が高い状況においては、社会の中にヴァルネラビリティ (脆弱性) を生み出してしまう、社会経済的・社会文化的な根本問題に取り組む努力を行うことも、同様に、重要である。そうすることによって初めて、HIV 感染レベルを低下させることが必要な地域において、感染レベルの低下への取り組みを開始させて、それを達成させることができた場合に、その低い感染レベルを維持することが可能となる。