

アジア

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	830万 [540-1 200万]	200万 [130-300万]	110万 [60-250万]	0.4 [0.3-0.6]	52万 [33-78万]
2003年	710万 [460-1 040万]	170万 [110-250万]	94万 [51-210万]	0.4 [0.2-0.5]	42万 [27-62万]

アジアにおける国家レベルの HIV 感染レベルは、特にアフリカなどのその他の大陸に比べれば低い。しかし、多くのアジア諸国はきわめて大きな人口を抱えているため、国家レベルの陽性率が低くても、相当数の人々が HIV と共に生きていることを意味する。最新の推計値によれば、830万 [540～1,200万] の人々 (200万 [130～300万] の成人女性を含む) が、2005年に HIV と共に生きており、この1年間の新規感染者数は、110万 [60～250万] 人に達する。また2005年、エイズにより亡くなった人々の数は約52万 [33～78万] 人に達する。

リスク行動—しばしば—形態以上のリスク行動—がアジアにおける

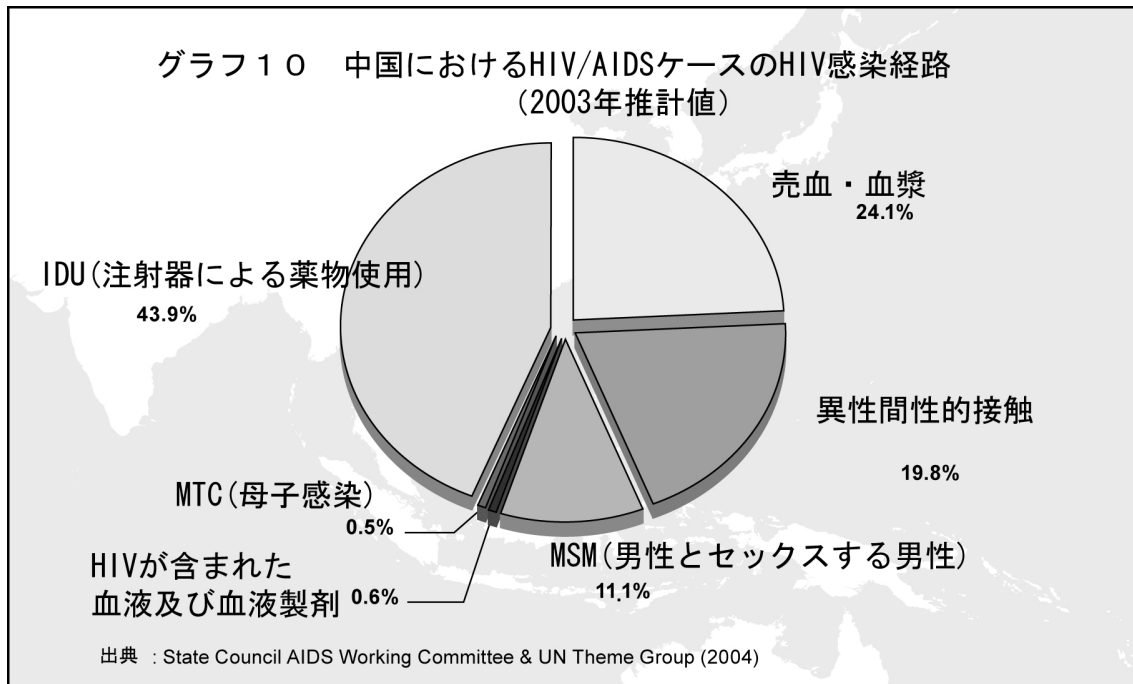
深刻なエイズの流行を持続させている。

リスク行動—しばしば—形態以上のリスク行動—がアジアにおける深刻なエイズの流行を持続させている。アジアにおける多くの流行の中心にあるのは、注射器による薬物使用とそのほとんどが商業的な無防備なセックスの相互作用である。しかしながら、この地域のほぼすべての国で、そのようなリスク行動の組み合わせが存在するという事実が予防戦略に未だほとんど反映されていない。その結果、アジアにおける流行の多くは、今日まで HIV の拡大が抑止されている国々も含め、過渡期状態にある。

中国

HIV は中国の 48% の県で、また、31 省、自治区及び直轄市のすべてで発生が確認されている。拡大中の流行を抑止するためには、予防努力の強化が必要となる (国家評議会エイズ実行委員会及び国連 HIV/AIDS テーマグループ、2004)。今日までのところ中国における最も深刻な HIV の流行は、特定の国民グループ (注射器による薬物使用者 (IDU)、セックスワーカー、元血漿献血者及びそのパートナー)、また、特定の地域、特に同国の南部及び西部に集中している。HIV 感染の大多数が雲南省、河南省さらには、広西チワン族自治区で見られる。現在のところ最も被害が少ないのが、青海省及びチベット自治区である (国家評議会エイズ実行委員会及び国連 HIV/AIDS テーマグループ、2004)

アジアの他の多くの諸国と同様に、HIV は、IDU のネットワークに定着しており、IDU 間の HIV 陽性率は、1990 年代後半に急速に高まった。その後、陽性率は横ばい状態になったが、いくつかの地域では、高いレベルにとどまったままである。



広東省及び広西チワン族自治区などの南部の行政地域の6都市におけるIDU間の陽性率は、2002年には18～56%に達しており、また、雲南省ではその翌年、20%強のIDUがHIV陽性となっていた(中国国家エイズ性感染症対策予防センター、2003年)。中国は、1400カ所の注射針交換施設、1500以上の薬物治療クリニックを推定で200万人のIDUが暮らしていると目されている(Zunyou, 2005)中国南部及び西部の複数の省に設立する計画を発表している。

**女性セックスワーカーの大多数は、僻地の農村部の出身であり、
教育レベルも低く、HIVについての知識もほとんどもっていない。**

商業的セックスは、中国におけるHIV感染の推定20%という大きな部分を占めており、これは、無防備な異性間接触によるものである(国家評議会エイズ実行委員会及び国連HIV/AIDSテーマグループ、2004)。商業的セックスは、男性とセックスをする男性(MSM)間のHIV感染でも主要な役割を演じており、たとえば南部の深圳市で最近行われた男性セックスワーカーを対象にした調査では、調査対象者の5%がHIV陽性であった。けれども、商業的セックスとIDUが重複して行われている可能性があることが中国における流行の主たる要因となっている可能性が高い。最近の行動調査によれば、女性薬物使用者の少なくとも半数がある時期に商業的なセックスに従事していたという結果が示されている(Yangなど、2005)。四川省では、セックスワーカーの2.5%が注射により薬物を使用すると述べており、ストリートを活動拠点とするセックスワーカーでは、その割合は5%に達する。後者が相手をする客の数は最も多いにもかかわらず、コンドームの使用レベルは最も低い(MAP、2005a)。また四川省では、IDU行動動向調査の対象となった2人に1人の割合の女性が調査の前月、金銭または薬物と引き替えにセックスを提供したと回答している。問題を複雑にしているのは、コンドームなしで売春行為に及ぶ女性IDUの場合、不潔な注射針を使用している可能性も高いという事実である。安全でない注射によりHIVに感染するリスクが最も高い者が、HIVを性的接触により感染させる最も高い可能性を有しており、これは、流行を現在よりはるかに深刻なものにする可能性のある致命的な要因の結びつきである(MAP、2005a)。

女性セックスワーカーの大多数は、僻地の農村部の出身であり、教育レベルも低く、HIVについての知識もほとんどもっていない。行動調査では、多くのセックスワーカーは、自らあるいはその

客に性感染症の症状が見られた後も、無防備なセックスをし続けていることが判明している (Yang など、2005)。こうしたセックスワーカーを HIV やその他の性感染症から護るためには、協調努力が求められる (Zhang など、2004)。ただし、この領域に関しては、進歩の兆しもある。コンドームを常用する習慣の定着は未だ不十分だが、たとえば、広西チワン族自治区でコンドームを常用しているセックスワーカーの数が、2003 年、まったくコンドームを使用しない者の数を上回った (MAP、2005b)。一方、四川省では、2002 年に調査前月にすべての客に対してコンドームを使用したと回答したセックスワーカーは、調査対象者の約半数に過ぎなかった (MAP、2005b)。

中国の一部では、ハイリスク行動を伴うこれらの国民層からより幅広い国民層へ HIV が広がる兆候がある。未婚の若者に対して実施された匿名検査の結果、1%の HIV 陽性率が検知されており、また、薬物使用者やセックスワーカー間に HIV が流行している地域では、妊婦間の陽性率が最高 5%を記録している。雲南省、新疆では、妊婦の HIV 陽性率が、それぞれ 1.3%、1.2%に達していた (中国保健省、国連 HIV/AIDS テーマグループ、2003)

MSM 間の HIV 感染に関するデータはきわめて限られている。これまで行われた数少ない調査では、コンドーム使用率が低いという結果が出ている (たとえば、常德市及び西安市では、男性の 40%がコンドームを使用しておらず、新疆では、33%がコンドームをほとんど、あるいはまったく使っていない)。また、高い HIV 陽性率も確認されている (2001-2003 年の北京における調査では、MSM の 3%が HIV 陽性であった) (Choi など、2003)。中国では、相当数の男性が男性とセックスを行っている。HIV がこの国民層に浸透すれば、より深刻な HIV の流行が発生する可能性がある。

中国は、抗 HIV 療法を必要とする国民全員に無料で同療法を提供すると 2003 年に公約しているが、この公約の実現に向けての進展速度は遅い。2005 年 6 月時点で、抗 HIV 療法がすでに開始されている 28 省及び自治区で薬剤投与を受けている人の数は、約 2 万人だった (中国保健省、2005)。

複数の制約要因が中国におけるより効果的なエイズ対策を阻害している。それらの制約要因には、流行に関する国民一般の意識が不十分なこと、HIV と共に生きる人々に対する偏見 (スティグマ) や差別などが挙げられる。その結果、HIV 検査及びカウンセリングサービスを受ける率は低く、この傾向は、スティグマや差別が減り、統合的な予防、治療及びケアプログラムがより幅広く利用可能になるまでは続くものと思われる。HIV 感染検査プログラムが、インフォームドコンセント、秘密重視、カウンセリングの実施などの原則に基づき行われることがきわめて重要である。

インド

多様な形態の流行が進行中のインドでは、2003 年、510 万人の国民が HIV と共に生きてると推計される (NACO、2004a)。いくつかの州 (タミールナドゥ、アンドラプラデシュ、カルナタカ及びマハラシュトラ) では、HIV 感染の拡大が落ち着いたように見えるが、その他の複数の州の感染リスクが高い国民グループでは、感染は依然拡大している。その結果、全体的な HIV 陽性率は高まり続けている。妊婦の州全体の陽性率は、貧しく人口密度が高いウットラプラデシュ州やビハール州などの北部諸州では依然として非常に低い。しかし、これらの州には、インドの総人口の 4 分の 1 が暮らしており、比較的小幅な HIV 感染率の上昇でも、膨大な数の人が新たにウイルスに感染したことを意味する。

インド西部及び南部の工業化が進んだ 4 つの州 (アンドラプラデシュ、カルナタカ、マハラシュトラ及びタミールナドゥ) 及びマニプル及びナーガランド州の北東部の州では、妊婦の HIV 陽性率が 1%以上に達している (NACO、2004a)。南部では主に無防備なセックスを通して、また北東部では IDU を通して、HIV は都市部以外の地域にも広がっている。カルナタカ及びナーガランドでは、農村地帯の妊婦の 1%以上が、2003 年、テストの結果、HIV 陽性であることが判明した。(現在または過去に) セックスワーカーを頻繁に利用した **夫から感染した既婚女性において、新規感染件数のかなりの部分が、発生している**。商業的なセックスは、(ナーガランド及びタミールナドゥ州の場合、IDU と並んで) インドのほとんどの地域で流行の主たる要因となっている。2003 年の HIV 動向調査によれば、カルナタカの商業的セックスワーカーの 14%及びアンドラプラデシュの 19%が HIV に感染していた (NACO、2004b)。マイソール市 (カルナタカ州) のセックスワーカー

一の26%がHIV陽性であるという最近の調査結果は、客の相手をする際にコンドームを常用している女性の割合がわずか14%に過ぎず、定期的に性交渉をもつパートナーとのセックスにおいてコンドームを一度も使用したことがない女性の割合が91%であるという事実を鑑みれば、驚くことではない(Reza-Paul, 2005)。

夫から感染した既婚女性において、新規感染件数のかなりの部分が、発生している。

カルカッタ(西ベンガル州)のソナーガチ売春地区における有名なセックスワーカーを対象にした施策の成功事例は、セックスワーカーをエンパワーするセーフターセックスプログラムは、HIVの拡大を食い止めることができることを示している。ソナーガチ地区のコンドーム使用率は、85%にまで高まり、商業的セックスワーカー間のHIV陽性率は、2004年には4%以下にまで低下した(2001年には、同率は、11%を上回っていた)。対照的にムンバイでは、商業的セックスの最中にコンドーム使用を奨励する努力も、散発的で断片的なものではそれほど効果がないことが入手可能なデータが示しており、同地区では、女性セックスワーカーのHIV陽性率は、2000年の52%から低下していない(NACO, 2004b)。

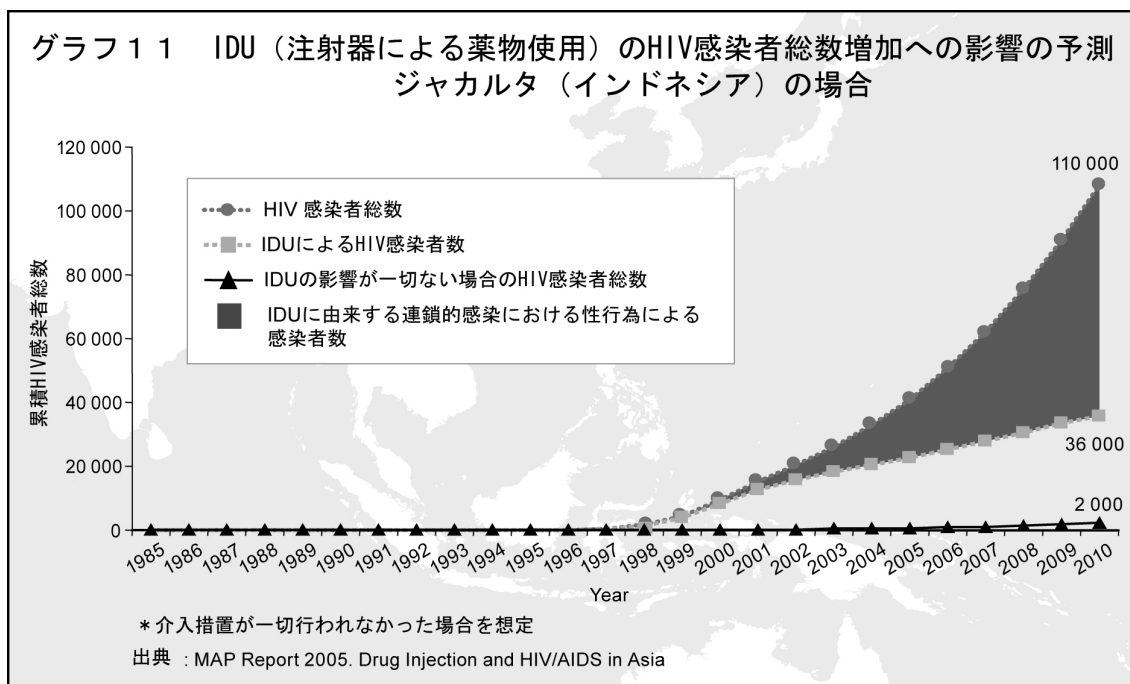
セックスワーカー間のHIVに関する情報または意識は、特にストリートを拠点に働いている者の中で低いように思われる。2001年にインドの様々な地域で行われた調査は、ストリートを拠点に活動しているセックスワーカーの30%がコンドームがHIV感染を防止することを知らず、ハルヤナ州などのいくつかの州では、全セックスワーカー(売春施設及びストリートを拠点として活動する者も含め)の半分弱が、コンドームがHIV感染を防止することを知らなかった。また、セックスワーカーのかかなりの割合の者(全国的には42%)が、その外見から客がHIVに感染しているか判断できると考えていた(MAP, 2005b)。

インド北東部、特に薬物不正取引地帯、いわゆる“ゴールドトライアングル”ゾーン付近のマニプル、ミゾラム及びナーガランド州では、HIV感染は、主にIDUとその性交渉の相手(中には売春、買春行為を行う者もいる)に集中している(Solomonなど、2004)。マニプル州ではセックスワークと注射器による薬物使用の重複傾向が非常に顕著であり、同州では、IDUが主原因となった流行が少なくとも10年間続いている。行動動向調査によれば、約20%の女性のセックスワーカーが薬物注射も行っていると述べている。北東諸州では、約半数のセックスワーカーが注射器による薬物使用を報告している(MAP, 2005a)。

マニプルなどの州では、ハームリダクション施策(注射針及びシリンジ交換及び限定的な薬物代替プログラム)が比較的最近導入されている。同州の最新データ(2003年)では、IDU間のHIV陽性率が24%となっており、これは1998年以降同州のIDU間で検出された最も低いレベルであるが、データ参入基準が異なるために、様々な調査から得られたHIVデータを直接比較するのは困難である(NACO, 2004b)。その他の地域でもIDU間の流行が広がっており、たとえば、ナーガランド州では、2000-2003年のHIV陽性率は14%にも達している(NACO, 2004b)。

さらに注射器による薬物使用はインドの北部州だけに限られるものではない。南部のタミールナドゥ州でもHIV感染率の急激な上昇が見られ、同州では、2001年の25%に対して2003年にはIDUの39%がHIVに感染していた(NACO, 2004b)。チェンナイ市(タミールナドゥ州)で行われた小規模な調査(2003年に実施された標識サーベイランス調査)では、IDUのほぼ3分の2(64%)がHIV陽性であった(MAP, 2004)。これらのIDU(その大部分が男性)は、HIVをその性交渉の相手に感染させる可能性もあり、女性の感染者数も増えている。

インドの多様な流行の中で男性間のセックスがどのような役割を果たしているかは、比較的知られていない。セクシュアリティのこの複雑な次元を対象としたいくつかのインドにおける調査においては、相当数の男性が、その他の男性とセックスをすることが確認されている。チェンナイのスラム地区の住民間で実施されたある調査では、6%の男性が他の男性と性交渉を経験していた。男性とセックスをする男性の約7%がHIV陽性であり、その半数以上が既婚であった(Goなど、2004)。



重大な危機

相当レベルの注射器による薬物使用、商業的セックス及びコンドーム使用の習慣の欠如などにもかかわらず長年にわたって HIV の流行を回避してきた国々がある。しかしながら、一度、HIV が感染のリスクが高い国民集団の中で流行の足がかりを得れば、高リスク集団内、さらにはその外に広範に広がりうる事が複数のアジアの国々で確認されている。

アジアにおける HIV 感染の初期の最も強力な要因は注射器による薬物使用である。IDU 数が比較的少ない場合でも、1 国における HIV の全体的な流行に IDU が果たす役割は大きくなる可能性がある。IDU の大多数は性的に活動的であり、国によっては、彼らのかなりの部分が売春、買春行為を行っている。HIV に感染した IDU はそのため、性的な結びつきのネットワークの中で、感染の“クリティカルマス”（感染が広がるのに十分な数）が達成される手助けをしてしまい、そこから HIV が社会全体に広がっていく可能性が生まれるのである (MAP, 2005a)。そのようなプロセスは、特にインドネシア、ベトナム、そして中国のいくつかの地域などのアジア諸国で進行している。その影響が早期に食い止められなければ、これらの国々では、非常に多くの数の新規 HIV 感染者が発生してしまう可能性がある。インドネシアの首都ジャカルタのデータに基づくグラフ 11 は、当初は小規模であった IDU 間の HIV 流行がどのように広がる可能性があるかを示している。もし、IDU、男性、女性、トランスジェンダーのセックスワーカー及びセックスワーカーの客たちのリスク行動が 2003 年に実施されたサーベイランスで観察されたレベルから変化しなければ、ジャカルタでは、この 10 年で大規模な流行が広がる可能性がある（グラフ中の網がけ部分が、安全でない薬物注射器具の共有及びそこから派生した感染の連鎖に由来する HIV の性的感染を示す。HIV は、薬物を注射しているボーイフレンドから、薬物を使用しない女性に、また、以前に薬物を使用したことがある客から感染したセックスワーカーから別の客に広がる可能性がある。もしその客が薬物を注射する際に常に消毒された注射針を使っていれば、感染の連鎖のほぼ全体が避けられるのである。MAP, 2005a)。

インドネシアは、エイズの流行が急速に深刻化する瀬戸際にある。IDU 間のリスク行動が一般的なため、主に注射器による薬物使用に起因する流行がすでにこの群島国家の遠隔地域にも広がってしまっている。ポンティアナク（ボルネオ島）などの遠隔地の都市の地元 NGO が創始したカウンセリング及び HIV 検査サービスでは、驚くほど高い感染率が検知されており、検査を要求した 70% 以上の人々が、自らが HIV に感染していることを発見している。彼らの 4 分の 3 は、IDU である

と推測される (MAP, 2005a)。一方、ジャカルタのリハビリテーションセンターに入所中の IDU 間では、最高 48%もの HIV 陽性率が検知されている (Riono 及び Jazant, 2004)。これらの IDU のほとんどが若く、比較的高い教育水準を誇っており、家族とともに生活している (Riono 及び Jazant, 2004)。

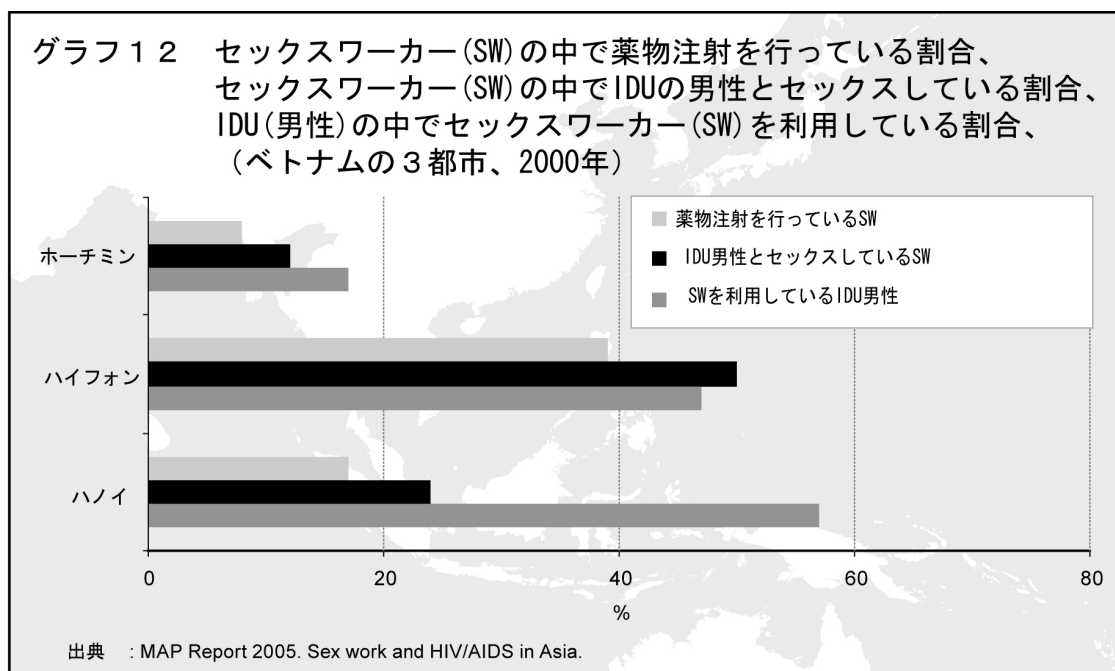
このような趨勢を変えるには、情報提供や意識を喚起するキャンペーン以上の施策が必要である。大多数の IDU は、清潔な注射針の入手方法を知っているのに、ほぼ 10 人中 9 人 (88%) が不潔な注射器具をなお使用している (Pisani, 2003)。ひとつの問題は、IDU の多くが清潔な注射針を携帯することに消極的なことであるが、その理由は、注射針を携帯していると、警察に薬物を注射している (これは犯罪である) 証拠だと見なされるのではないかと怖れるからである。また、IDU の監禁も、インドネシアの流行における目立った特徴のひとつである。たとえばジャカルタでは、1997 年から 2001 年にかけて IDU 間の HIV 陽性率がゼロから 47%に急増している。その結果、首都の過密状態の刑務所で、HIV の感染が 2 年後の 1999 年のゼロから 2002 年に 25%に急増した (MAP, 2005a)。予防及び代替療法サービスへのアクセスは一般的にきわめて限られている。もしインドネシアがその流行拡大を制御しようとするのであれば、法的及び制度環境を、効果的な予防戦略を促進するために改革する必要もあるであろう。

**“社会悪” と戦うといった懲罰的なキャンペーンは、IDU やセックスワーカーを
アウトリーチプログラムの到達範囲外に追いやってしまう傾向がある。**

ジャカルタの IDU の半数以上が性的に活動的であり、5 人に 1 人は買春行為を行っている。しかしながら、これら IDU の約 4 分の 3 が商業的セックスの最中にコンドームを使用していない (保健リサーチセンター及び保健省、2002)。HIV が商業的セックスのネットワーク内に侵入すると、より広範な HIV 感染が起こるのはほぼ確実である。一方、男性セックスワーカー間の注射器による薬物使用率もその他の国民集団よりも高く、これらの男性の多くは、薬物を購入する資金を得るために売春行為を行っている (MAP, 2005a)。また男性セックスワーカーの大部分が女性ともセックスをしている (Riono 及び Jzant, 2004)。一般的にコンドームの使用頻度は、あまり使わないからほとんど使わないというレベルにとどまっている。ジャカルタでは、商業的セックスにおけるコンドーム使用率は 1996 年～2002 年にかけてほとんど変化せず、その後若干上がったものの、2004 年時点で、マッサージパーラーやクラブを拠点に活動しているセックスワーカーの 4 分の 3 が前週に相手をした客に対してまったくコンドームを使用しなかったと答えている。ジャカルタの売春施設地区では、ほぼ 10 年にも及び予防施策が実施されているにもかかわらず、セックスワーカー及びその客ともにコンドームの使用をさらに嫌っている。セックスワーカーの 85%強が前週どの客に対してもコンドームを使用しなかったと述べている (MAP, 2005b)。その理由の一端は、警察がコンドームの所持を売春をしている証拠と考え、女性を逮捕することが依然としてあるからである (MAP, 2005b)。

このような状況では、たとえば、ソロングのセックスワーカーの HIV 陽性率が 2003 年に 17%に達し、またインドネシアの 7 都市のセックスワーカーの平均 42%が 2003 年に淋病とクラミジアのいずれかまたは双方に感染していたとしても不思議ではない (MAP, 2004)。リスクのネットワークがこうに交差することで、特にパプア州などのように複数の性交渉相手を有することが一般的な地域では、HIV は確実により幅広い国民層に広がっていくであろう。同州の 5 つの村の成人のほぼ 1%が、抗体検査で HIV 陽性と判定された (MAP, 2004)。インドネシアは、HIV 予防プログラムを拡大、強化する緊急の必要がある。

注射器による薬物使用とセックスワークがきわめて大規模に重複していることがベトナムにおける深刻な流行の呼び水となっており、同国では、HIV はすでに全 64 省と全市に拡大している。HIV と共に生きている人々の数は 2000 年から倍増し、2005 年には推定 26 万 3,000 人 (21 万 8,000 人～30 万 8,000 人の幅がある) に達している (ベトナム保健省、2005 年)。同国の IDU のほとんどは若く (平均年齢は 25 歳)、不潔な注射針の使用はきわめて一般的であり、IDU の HIV 感染率 40%というレベルは、珍しいことではない (Hien など、2004a)。IDU の約 3 人に 1 人が HIV に感染しており、カントー市、ハイフォン市、ハノイ市、ホーチミン市などでは、HIV 陽性率は



相当高くなっている (ベトナム保健省、2005)。

ホーチミン市の薬物を使用しているセックスワーカーのコンドーム使用率は、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別の調査で示されている (39 ページ囲み記事参照) (MAP, 2004)。反対に、IDU の 50%未満がセックスワーカーに対してコンドームを常用していた (USAID など、2001)。その結果、国家レベルのセックスワーカーの平均 HIV 陽性率は約 16%であり、ハイフォン市、ホーチミン市、ハノイ市、カントー市などの都市では、感染レベルはさらに高くなっている (ベトナム保健省、2005)。さらに、2003 年に行われたホーチミン市の調査では、MSM の HIV 陽性率は 8%に達していた。

特にホーチミン市 (同市は、ベトナムにおける全 HIV 感染件数の約 4 分の 1 を占め、成人間の HIV 陽性率が 2003 年に 1.2%と推定された)、さらに北部沿岸のクアンニン市、ハイフォン市 (同市では、成人の約 1.1%が HIV に感染していると考えられている) では、さらに大規模な流行が差し迫っている可能性が高い (ベトナム保健省、2005 年)。IDU 間の不潔な注射針の使用及びリスクの高い性行為を減らすプログラムが不可欠であり、それと同時にセックスワーカー、その客、そして彼らのその他の性交渉の相手間の HIV の性的感染を減らす戦略も欠かすことができない。**“社会悪” と戦うといった懲罰的なキャンペーンは、IDU やセックスワーカーをアウトリーチプログラムの到達範囲外に追いやってしまう傾向がある。**またそれは、意図せずに、リスクの高い行動を温存させてしまう場合もある (Hien など、2004a)。ベトナムにおける流行は、対策が遅れれば非常に多くの人命が失われかねないレベルに達してしまった。同時に、同国のヘルスケアシステムは、将来的に毎年発生する推定 5,000~1 万件の新規エイズ発症件数に対応する準備も行う必要がある (ベトナム保健省など、2003)。

パキスタンでは、IDU やセックスワーカーの高いレベルのリスク行動とエイズに関する知識不足の組み合わせが HIV の急速な拡大を助長し、新しいデータは、同国は、深刻な HIV 流行の瀬戸際にある可能性があることを示唆している (パキスタン保健省など、2005)。

大規模な流行がカラチの IDU 間ですでに検知されており、2004 年、同市の IDU の 23%が HIV に感染していることが判明している (パキスタン保健省、2005 年)。ほんの 7 ヶ月前に検査を実施した際には、同じコミュニティの HIV 陽性件数はわずか 1 件であった (Altaf など、2004)。このような流行がカラチだけに長期間とどまっている可能性は低い。これらの IDU の多くは、都市から都市へと移動しており (カラチの IDU の 21%がその他の都市でも注射により薬物を使用していた)、彼らの非常に高い割合の者が不潔な注射器具を使用している (カラチの IDU の 48%が調査

前週に不潔な注射器具を使用していた)。ラホールにおけるリスク行動率はさらに高く、IDUの82%が不潔なシリンジを調査前週に使用しており、35%が常にそうしていると答え、51%が調査前年にその他の都市でも注射を行ったと答えている(パキスタン保健省など、2005)。またIDU間のHIVの流行は、パキスタンのシンド州で2004年に報告されており、ラルカナという街では、ほぼ10%のIDUがHIV陽性であった(Shahyなど、2004)。IDU(及びセックスワーカーの)HIVに関する知識はきわめて低いレベルにとどまっている。カラチでは、4分の1のIDUがエイズについて聞いたことがなく、同様に多くの者が不潔な注射器具の使用がHIV感染の原因となることを知らなかった(パキスタン保健省など、2005)。

的を絞った予防プログラムが、ハイリスク行動が交差するネットワーク内外への HIV拡大を食い止めるために緊急に必要とされている。

一方、パキスタンの主要通商都市であるカラチでは、セックスワーカーの5人に1人がコンドームが何であるか分からず、4分の3がコンドームを使用することでHIVを予防できることを知らなかった(実際、彼らの3分の1は、エイズを聞いたこともなかった)。したがって、調査前週すべての客に対してコンドームを使用したと答えた女性セックスワーカーがわずか2%しかいなかったとしても、不思議ではない(MAP, 2005b)。知識不足と低いコンドーム使用率に加えて、IDUとセックスワーカーの高い頻度の性的接触がある。カラチ及びラホールの女性セックスワーカーの20%以上がIDUに売春行為を行っており、性交渉の最中にコンドームが使用される頻度はきわめて低い。またラホールのIDUの約半数が調査前年、定期的なパートナーと性交渉をもっており、3分の1が女性とのセックスに対して金を払い(そのうち11%がコンドームを常用している)、ほぼ4分の1が男性とのセックスに金を払っている(5%がコンドームを常用していた)(パキスタン保健省など、2005)。また、男性セックスワーカーもIDUに対して売春を行い、IDUの20%が調査前年、金を払って肛門性交を行ったと報告している(コンドームを常用しているのは、彼らの3%に過ぎない)。その結果、性感染症の発生率は高く、カラチでは、IDUの18%が梅毒に感染していることが判明しており、その割合は男性セックスワーカーでは36%、ヒジュラと呼ばれるトランスジェンダーの人々では60%に達する(パキスタン保健省など、2005)。

ハイリスク行動の重複の程度を考慮すれば、パキスタンにおけるHIVの流行が今後深刻さを増していく可能性はきわめて高い。**的を絞った予防プログラムが、ハイリスク行動が交差するネットワーク内外へのHIV拡大を食い止めるために緊急に必要とされている。**

マレーシアにも、その流行が突如爆発する可能性のある要素がある。2004年、HIVと共に生きている人々の数は、約5万2,000人に達し、その大多数が若い男性(年齢20~29歳)であり、彼らの4分の3がIDUである(マレーシア保健省及びWHO, 2004, Huang及びHussein, 2004)。注射器による薬物使用とHIVの関連は、マレーシア東部で最も顕著である。ケランタンでは、IDUのHIV陽性率が2002年に41%と推定され、ジョホール、テレンガヌではそれぞれ、31%、28%であった(マレーシア保健省及びWHO, 2004)。より最近では、27のリハビリテーションセンター及び33の刑務所で検査を受けたIDU間の陽性率の低下が観察されているが、この“趨勢”は、薬物使用者やIDUに対して実施された検査件数が大きく増加したためである可能性もある(2000年の検査件数は1万9,500件であったが、2002年には5万350件に増加している)(マレーシア保健省及びWHO, 2004)。

HIV発生事由の中で性的接触が占める割合が増加しており(1995年には7%であったが2002年には17%であった)、このことは、HIVが一般国民の間にも広がっていることを示している。たとえばクアラルンプールの一部地域のセックスワーカーのHIV陽性率は最高10%を記録している(保健省及びWHO, 2004)。その一方で、梅毒や淋病の報告件数が1990年代後半から減少しており、このことは、リスクを伴う性的行為が、懸念されているほどは広がっていないことを示唆するものである可能性もある。

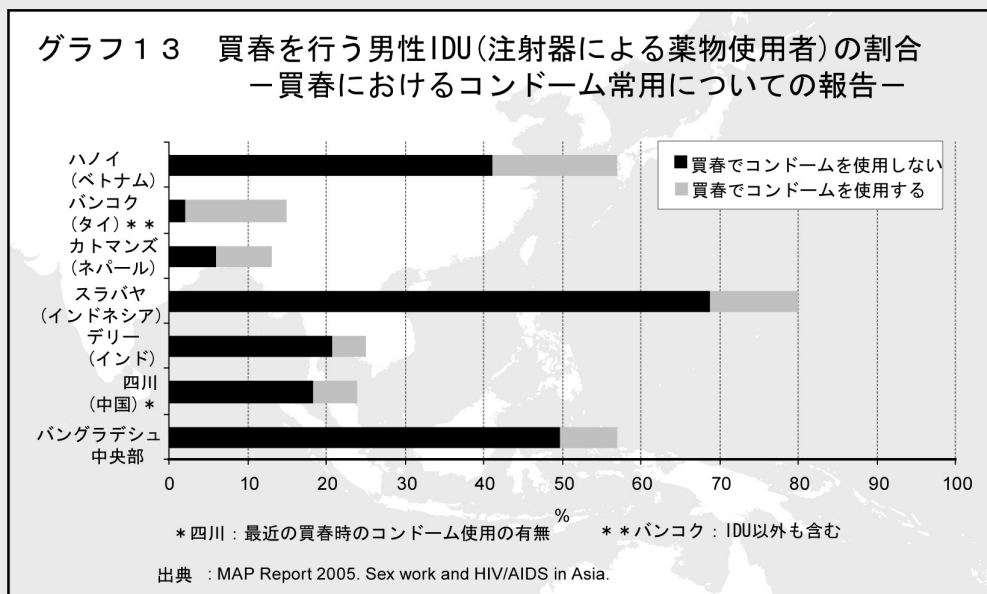
注射器による薬物使用者と売春

異性間の性的交渉による流行は、商業的セックスが一般的であり、その多くが注射器により薬物を使用するセックスワーカーの間で定着している国では、急速に広がる可能性が高い。あるいは、多くの IDU がセックスワーカーとセックスをする場合にも、それは起こりやすい。その他の客が、感染後より多くのセックスワーカーやそのガールフレンド、妻に HIV を感染させ、HIV 感染のネットワークを大きく拡大させてしまうからである。

薬物使用とセックスワークの組み合わせは、しばしば致命的である。ベトナムのホーチミン市で実施されたある調査では、注射器により薬物を使用するセックスワーカーの約半数が HIV に感染しているのに対して、薬物を使用しないセックスワーカーの HIV 感染率はわずか 8% であることが判明している。この調査に参加したセックスワーカーの 38% が IDU であることを鑑みると、同市における問題の大きさは明らかである。さらに、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者の約半分であることが、別の大規模調査から明らかにされている。薬物を注射し、(注射器具を消毒しない) ストリートを拠点とするセックスワーカーの場合、注射器による薬物使用を行わないセックスワーカーよりもコンドーム使用率が 6 分の 1 になることも明らかになっている。言葉を換えれば、HIV に最も感染する可能性が高いセックスワーカーは、同時に、コンドームを常用する可能性が最も低い者ということになる。

一般的に、注射による薬物を使用するセックスワーカーの割合が低くても、売春行為を行う女性薬物使用者の割合は高くなる傾向がある。たとえば、中国の四川省では、行動サーベイランス調査の対象となった女性 IDU の 47% が、調査前月に金銭または薬物を対価として売春行為に及んだと回答している。商業的セックスでは、コンドーム使用率はきわめて高い (約 60%) と言われているが、定期的な性交渉との相手では、コンドーム使用率は 17% である。IDU 間で長期間 HIV の流行が続いている隣接する雲南省では、女性 IDU の 21% が売春を行っていた (そして、88% が最も最近相手にした客とのセックスでコンドームを使用したと回答している)。

一方、買春をし、HIV に感染している IDU は、HIV をセックスワーカーに感染させる可能性があり、セックスワーカーは、常にコンドームを使用しなければ、その後 HIV を他の客に感染させる可能性がある。下のグラフ 13 は、タイを除いて、IDU は買春行為ではコンドームの使用を避ける傾向があることを示している。多くの場所で、IDU は、その場限り、あるいは定期的な性交渉をもつ頻度がさらに高く、一般的に、これらの性交渉の中でコンドームが使用される頻度は、商業的セックスの場合よりもさらに低い。たとえば、インドのチェンナイ市では、IDU の 46% が結婚しているか、あるいは同棲していた。このことが、チェンナイ市の妊婦の HIV 陽性率がインドでも最も高い地域の一つになっている理由であろう。



現実を注視する

アジアでは頻繁にセックスワーカーを利用する男性は少数派である。フィリピンの保健施設で1,200名以上の男性を対象に行われた調査では、調査前半年間に買春行為を行ったと述べた男性の割合はわずか6%であり、また、ミャンマーでも、3,500名強の男性のうち、調査前1年間に買春をしたと述べた者の割合は7%であった。一方、タイ中央部では、その割合は16%であった。それでもなお、多くのアジア諸国で十分な数の人々が、また、商業的セックスがこの地域の流行の主たる要因になるのに十分な頻度で売春・買春を行っている。カンボジア及びタイは、1990年代の深刻なHIVの流行がセックスワーク産業に集中した事例である。双方の国ともにその後の予防努力により、流行をどうにか食い止めることができた。2000年初頭では、買春行為を行う男性の数は減り、商業的セックスにおけるコンドーム使用率は高くなった。またセックスワーカーの客のHIV陽性率も大きく減り、セックスワーカー自身、その客、客の妻やその他のガールフレンドや子供がHIVに感染する可能性が大きく減った(MAP, 2004b)。

近年になって予防努力は強化されたが、HIVは、

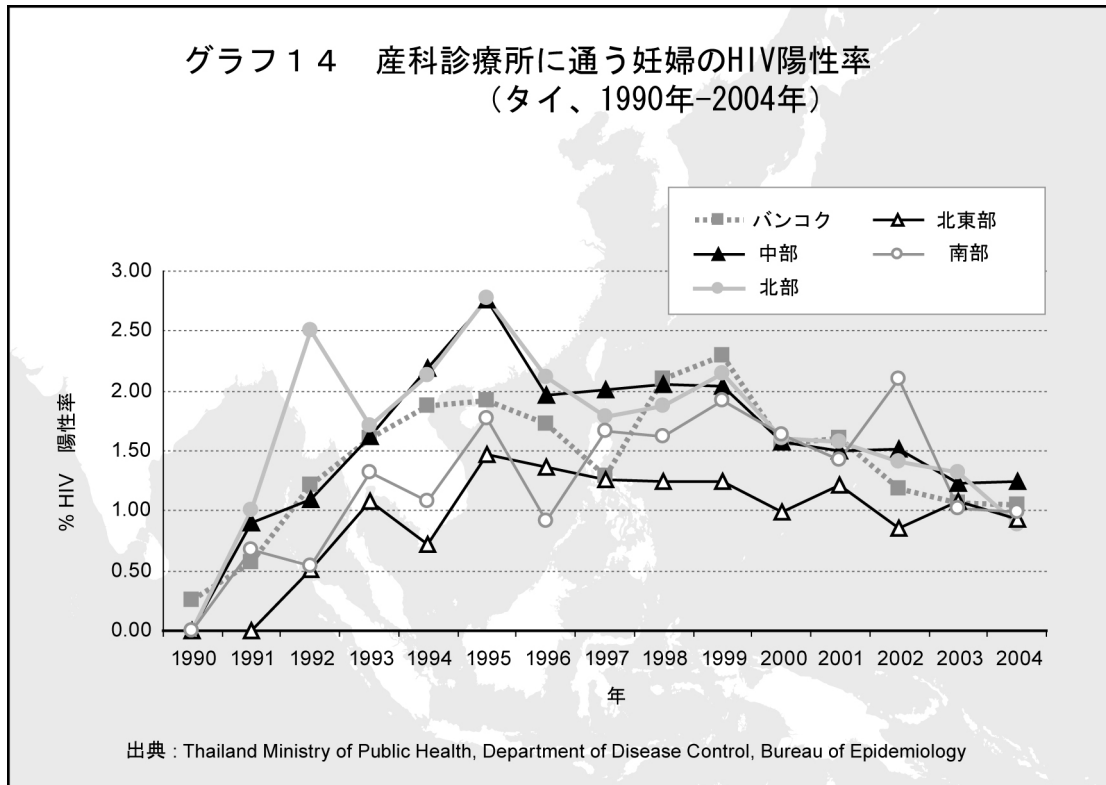
よりリスクが低い人口集団の間で広範に拡大している。

1997年に3%で頂点に達した後、カンボジアにおける成人のHIV陽性率は、2003年に3分の1減り、1.9%になった(HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。この減少の理由としては、死亡者数が増加したこと及び、最近の推定では、横ばい状態になる前の1994年から1998年にかけてHIV発生率が低下したことが挙げられる。セックスワーカーのHIV感染の状況をさらに詳しく調べてみると、売春施設を拠点とする及び売春施設を拠点としないセックスワーカーの新規感染者数は、1999年から2002年にかけて半減しており、前者のHIV陽性率は1998年の43%から2003年の21%に低減している(Saphonnなど、2005、HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。行動変化がこれらの発生率トレンドをもたらした一因だろうと推測される(『HIV/AIDS最新情報2004年末』を参照のこと)。これらの変化は持続される必要がある。最近の調査では、買春を行う男性の数が増えていることが示されている。2001年、タクシー運転手、警察官、軍人の約22~26%が、調査前3ヶ月間に買春行為を行ったと述べていたが、その2年後に行われた調査では、その割合が35%へと増加している。幸いなことにコンドームの使用率は非常に高く、客の80%は、2003年の調査前3ヶ月間に商業的セックスの最中にコンドームを常用したと答えており、セックスワーカーについても同様である。セックスワーカーについては、コンドーム使用率は、1990年代後半から一貫して上昇している(HIV/エイズ、皮膚科・性感染症国立センター、2004)。一方、全国レベルの妊婦の新規感染率は、近年になって横這い状態になっているように思われる。しかし、憂慮すべきひとつの異変もある。カンボジア西部(タイ国境沿い)では、妊婦のHIV発生率は大幅に上昇している(1999年から2002年にかけて0.35%から1.48%に上昇)。この地域は、同国でセックスワーカーのHIV発生率が低下していない唯一の地域である(Saphonnなど、2005)。国内移動率が高いことが、この趨勢の原因となっている要因のひとつである可能性がある。

タイは、エイズ対策が成功したケースのひとつとして広く賞賛されている。2003年には、成人の推計HIV陽性率は過去最低レベルの約1.5%まで低下した(国連合同エイズ計画、2004)。

しかしタイにおける流行が終わったわけではまったくない。最も感染リスクが高い人々の感染レベルが一般よりはるかに高いという事実が、今日までの努力を積極的に持続しなければならないことに改めて気づかせてくれる。売春施設を拠点とする女性セックスワーカーの10%強が2003年にHIVに感染しており、治療クリニックを利用しているIDUの45%がHIVに感染していた。

タイにおける予防努力が減退しているか、あるいはその有効性や妥当性が弱まっていることを示唆する兆候もいくつかある。買春行為を行うと申告している北部のタイ男性間では、コンドームを毎回使うと述べている者の割合は55%に過ぎない(Lertpiriyasuwatなど、2003)。同一地域の若年男性では、コンドーム使用率はさらに低く、常にコンドームを使うと述べている買春行為を行うこれら若年男性の割合は3分の1以下である。4都市における別の調査(バンコク及びチェンマイ



を含む)では、セックスワーカーがコンドームを使用する頻度は、全回数の51%に過ぎず、それもほとんどが外国人を相手にするときだけということであった。これは2000年にバンコクで報告された素晴らしい96%という数字と比べると大きな差がある。タイ人の客の場合、約4人に1人の割合でしかコンドームを使うことはなかった(Buckingham及びMeister, 2003; UNDP, 2004)。

タイにとっての現在の課題は、予防戦略を再び活発化し、流行の現在の変化に適應させることである。そのためには、商業的セックスのパターンが変化した状況におけるセーフセックスキャンペーンの刷新が求められる。同国ではマッサージパーラーなどの“間接的な”セックスサービス施設の大きな増加がある(マッサージパーラーは、1998年の8000軒から2003年には1万2,200軒に増加した)。バンコクだけでも、3万4,000人の女性がそのような非売春施設的环境で2003年に売春を行っていた。100%コンドームプログラムアプローチを用いて、この形態のセックスワークを規制することは難しく、セックスワーカー自身の知恵と潜在的連帯性を利用するアウトリーチプログラムの方がこのような人々にアクセスするにはより適している(UNDP, 2004)。

タイにおける流行は、10年前と比較しさらに多様化している。セックスワーカーの男性客がその妻やガールフレンドに感染させ、その結果、年間新規HIV感染件数の半数がコンドームの使用傾向が非常に低い婚内あるいは決まった相手との関係の中で発生している(タイHIV/AIDSワーキンググループ予測, 2001)。一般的に言って、より多くの若いタイ人、特に女性が婚前交渉を行っている。彼らの間でも、コンドームの使用が常に行われているわけではなく、性的に活動的な若い人々の中でコンドームを常用している人の割合は、わずか20%~30%に過ぎない。(Punpanichなど, 2004; UNDP, 2004)。

男性間のセックスも、一般的に見過ごされているタイにおける流行の一局面である。バンコクにおける最近のある研究では、MSMの中の17%がHIV陽性であり、彼らのほぼ4分の1が、調査前6ヶ月間に女性とも性交渉をもっていた(Van Griensvenなど, 2005)。

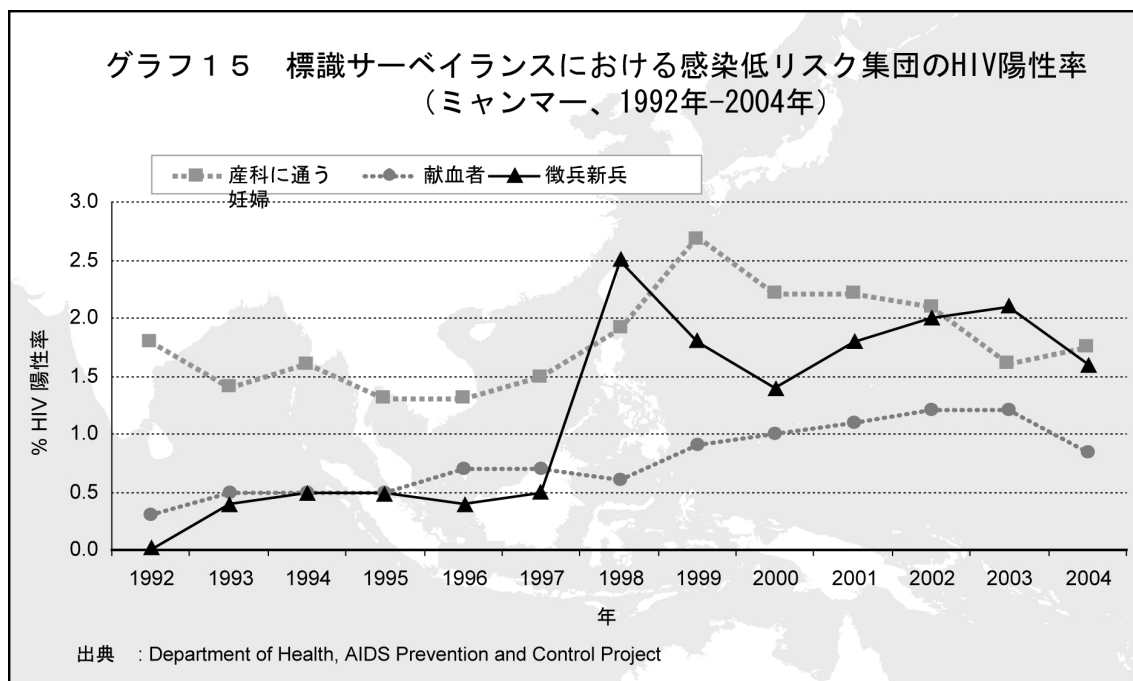
さらに、タイにおける流行で軽視されている側面が、IDUが演じる役割である。IDUとセックスワーカー間のHIV感染の状況を比較してみると、2つのトレンドが浮かび上がる。HIVに感染しているセックスワーカーの割合は、1995年以降大きく減少した。しかしIDU間では、それとは逆の現象が発生しているのである。IDUのHIV陽性率は、同国のすべての地域で上昇し、北部地区では61%にも達しており(2000年)、バンコク、中央部及び南部でも2003年、45%以上となっている(Poshyachinda, 2005)。この10年間に発生した5件に1件の新規HIV感染が安全でない注

射器による薬物使用に起因するものと推測されている（タイ HIV/AIDS ワーキンググループ予測、2001）。しかし、タイにおける予防施策でこの領域に焦点を当てているのは、ごく一部分である。

インドネシアで見られるように、刑務所への収監がタイの IDU 間でも HIV 感染の大きなリスク要因となっているように思われる。同国北部では、IDU の4分の1以上（27%）が、薬物売買及び使用を止めさせようとする政府による特別施策実施前にすでに収監経験があると述べている（MAP, 2005a）。収監された経験のない IDU では、HIV 陽性率は 20%であった。しかし収監され、刑務所内で注射器により薬物を使用したと答えている者の HIV 陽性率は、49%であった。これらのデータは、多くの IDU が刑務所内で HIV に感染した可能性が高いことを示している。別のタイにおける調査では、刑務所に送られる前の警察の拘置施設における不潔な注射針の使用が HIV 感染の可能性を2倍に高めていたことも示されている（Buavirat A など、2003）。

1990年代にカンボジアやタイが HIV の感染拡大を防止するための戦略を計画し導入しつつあった最中に、別の深刻な流行が隣国のミャンマーで始まりつつあった。同国では、予防努力が限定的であったため、HIV が最初は最もリスクが高いグループに、そしてその後彼らの外に簡単に拡大してしまう結果となった。その結果、ミャンマーは、この地域で最も深刻なエイズの流行を抱える国となり、妊婦の HIV 陽性率が 2004 年には 1.8%に達したと推定されている（ミャンマー保健省、2004）。HIV と共に生きる女性の多くにとって主たる HIV 関連のリスクは、注射器による薬物使用や売春により HIV に感染した夫やボーイフレンドとの無防備なセックスであった。セックスワーカー間の常に高い HIV 陽性率がミャンマーにおける流行を悪化させている。検査を実施したところ、セックスワーカーの4人に1人（27%）が HIV 陽性であることが 2004 年に判明しており、セックスワーカーの陽性率は、1997 年以降 25%を下回ったことはない。非常に高い HIV 陽性レベルが IDU の間でも見つかっており、2004 年には、ラショウの IDU の 60%が HIV 陽性と判定されており、ミチナーでは 47%、同国の主要都市であるヤンゴンとマンダレーでもそれぞれ 25%、30%を記録している。2004 年度の国全体の IDU 間の HIV 陽性率は 34%となっており、2001 年からは低下している（ミャンマー保健省、2004 年及び 2005 年）。

近年になって予防努力は強化されたが、HIV は、よりリスクが低い人口集団の間で広範に拡大している。(29のうち) 8カ所の標識サーベイランス拠点における妊婦の HIV 陽性率は 3%を超えており、また、その他の性感染症の治療を求める男性の HIV 陽性率は、2003 年、多くの施設で 5%を上回っている。また、ヤンゴン及びマンダレーでは、軍隊新規加入者の各々 1.4%、1.8%が HIV



に感染していることが判明している（ミャンマー保健省、2004年）。若い男性の中の相当の割合の者が買春を頻繁に行っているが、商業的セックスにおけるコンドーム使用率に関する国レベルのデータはない。現在利用可能な限定的な行動に関する情報からは、不鮮明な状況しか浮かび上がってこないが、2001年に始まった100%コンドームプログラム（2004年までに58の町で導入されたとされている）がある程度は浸透している可能性もある（Thwe, 2004）。しかし、アジア地域全体でも最も深刻なものにすでになってしまっているエイズの流行にミャンマーが対処しようとするならば、はるかに強力な予防施策（IDUのための包括的プログラムも含め）が求められるであろう。

2004年、妊産婦診療所を利用する女性の国家レベルのHIV陽性率の中央値は、1.5%であった（バゴーの0%からムセの5%まで）。ほとんどの都市部で陽性率は過去5年間きわめて一定しているが、15～19歳までの若者の間では明らかな減少が見られる。軍隊への新規加入者のHIV感染率は、1998年以来1.4%及び2.5%の間になっていたが、2004年初頭には1.6%を記録していた（ミャンマー保健省、2004年）。

アジア地域の国々は、大規模かつ包括的な予防サービスを最もそれを必要とする人々に対して提供することを選択した国々の事例に留意する必要がある。

アジアのほとんどの国が大規模な流行を食い止める機会を有している。国家レベルの成人HIV陽性率が1%を大きく下回るバングラデシュでは、流行の初期の段階でHIV予防プログラムを開始している。的を絞った予防努力が功を奏したこともあり、女性セックスワーカーのHIV陽性率は低いままであり（異なる複数の標識サーベイ拠点で0.2～1.5%）、その他の性感染症の陽性率も1999年の30%から2002年の10%に低下した（バングラデシュ保健及び家族福祉省、2004）。しかし、よりスピードの速いHIV感染を予防しようとするのであれば、これらのイニシアチブの質を向上させ、対象範囲を拡大する必要がある。バングラデシュのセックスワーカーは、南アジアの他のどの国よりも高い顧客回転率を記録しており、商業的セックスにおけるコンドームの常用は稀である（地域によって、0～12%のセックスワーカーが、新規客に対してコンドームを使用すると答えている）。さらに、リスクの高い注射器による薬物使用が、IDU間のHIV感染レベルを2000～2001年から2002～2003年にかけて1.7%から4%へと上昇させた。3地域の少なくとも約半数のIDUが最近薬物を注射した際に不潔な器具を使ったと述べていることを考慮すれば、これらのHIV感染トレンドは継続するものと思われる。実際に、同国首都、ダッカのある地域では、2003～2004年の調査でIDUの9%がHIV陽性であることが判明した（同市のIDU全体の陽性率は4%）（保健家族福祉省、2004年）。IDUの多く（地域によっては5人に1人）が買春を行い、買春を行う者の間では10人に1人未満の者しか、調査前年の商業的セックスの最中にコンドームを常用していなかった（保健及び家族福祉省、2004年）。

一方、フィリピンの国家レベルの成人HIV陽性率は、リスクが高い人々の間でも低いままである（Mateoなど、2004）。しかしながら、商業的セックスにおけるコンドームの使用が減多に行われず（特に売春施設を拠点としないセックスワーカー間で）性感染症の陽性率が上がり続け、ある地域では、IDU間の不潔な注射針の使用率が高いことが明らかになっていることから（セブ市では77%）、この趨勢が変化するかもしれない兆候もある（Mateoなど、2004；Wiなど、2002；フィリピン保健省、2003）。性感染症を日常的にスクリーニングする強力なシステムや、セックスワーカーのためのその他のHIV予防サービスが、セックスワーカー間のHIV感染を低く抑える一助となってきた可能性がある（MAP, 2005b）。しかしながら、同国の対応策には、複数のギャップが残存している。たとえば、エイズに関する情報及び教育施策を強化する必要があり、2003年に実施された大規模調査では、回答者の90%以上が、HIV陽性の人と一緒に食事をすることでHIVに感染すると未だ考えていることが判明している。

ラオス人民民主共和国でも同様の状況が明らかであり、HIV 発生件数の約3分の2が2つの地域で発生している（首都のビエンチャンとサワンナケート）。全国的な HIV 陽性率は依然として低いですが、2～3の危険な兆候も見られる。性的なサービスも提供する場所で働いている女性の間での淋病陽性率は高く（13～14%）、ビエンチャン及びサワンナケートでは、女性の約1%が HIV 陽性であった(Phimphachanh 及び Sayabounthavong, 2004)。最近行われたある調査によれば、ビエンチャンでは、若い男性が近年、より性的に活動的になっている。彼らの約60%が2004年前半に2人以上の女性のパートナーを、約10%が1人以上の男性パートナーを、さらに30%以上が少なくとも1回、買春を行っている (Toole など, 2005)。MSM の大多数は女性ともセックスをしている。これらの調査結果は、性感染症の治療サービス向上も含む包括的な HIV 予防戦略の必要性を示している。

日本では、年間 HIV 感染報告数が1994～1995年から倍増しており、2004年には、今日までで最も高い780件に達した。この趨勢の大部分は、MSM 間の感染増大に起因するものである。2004年、男性間のセックスが新規 HIV 感染報告数の60%を占めていた。また、その年の総報告数の約3分1が30歳未満の若者の感染であり、若い男女における性行動の活発化および安全でないセックスの増加についての以前に発表された報告と一致するように思われる (Ono-Kihara など, 2001, Nemoto, 2004)

対応の遅れは許されない

アジア地域の国々は、大規模かつ包括的な予防サービスを最もそれを必要とする人々に対して提供することを選択した国々の事例に留意する必要がある。これらのすべての場合で、プログラムは、最も多数の新規感染を引き起こしている行動や状況に焦点を当てたものとなっていた。つまり、セックスワーカー（男女）とその客が HIV の感染から自らの身を守る方法を知り、客たちがコンドームを容易に入手し、しかも、彼らがコンドームを常用するよう求められる環境づくりが必要だということである。セックスワーカーも高い質の性感染症サービスを定期的にご利用できるようにする必要がある。IDU も、ハームリダクションや薬物中毒治療サービスを利用しやすくし、また、プログラムは、注射による薬物使用と商業的セックスの結びつきの問題に取り組まなければならない。さらに、政治的・法的・制度的環境が、最もリスクに曝されている人々に対する適切な HIV 予防サービスの提供を支援しなければならない。

エイズの流行状況は、初期の HIV の感染をなんとか食い止めた国も含め、複数のアジア諸国で現在変化しつつある。初期の流行を食い止めた国、たとえばカンボジアやタイは、変化する流行状況により積極的に取り組む必要がある。そのためには、感染リスクが高く、これまで多くの国々の対応策の中で主な対象とされてこなかった集団 (IDU、売春施設を拠点としない者も含むセックスワーカー、MSM など) における HIV 感染防止効果のあるプログラムを企画し、実施することが求められる。

インドネシアとパキスタンにとっては、時間が非常に重要である。両国ともに、深刻な HIV の流行を避けようと思えば、緊急にその対応を強化する必要がある。一方で、流行が長期間続いているその他の国では、非常に多くの感染者に治療とケアを提供するというさらなる課題も存在する。2005年、アジアで抗 HIV 療法を必要としている人の数は、世界で2番目に多い110万人と推定されている。治療提供は、2004年初頭よりもかなり拡充し、2005年中盤時点では、5万5,000人から15万5,000人へとほぼ3倍となった。この治療拡大の大部分は、タイ（抗 HIV 薬を必要とする人々の半数以上が得ている）と中国における強力な施策に起因するものである。しかし、治療を必要としている約85%の人々は、2005年中旬時点で未だ治療を受けておらず、きわめて大きな課題が未解決のまま残されていることになる (国連エイズ行動計画/WHO, 2005)。